

ÉTRANGLEMENT INTERNE

PAR LE

Diverticule de Meckel

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE VENDREDI 21 DÉCEMBRE 1894

PAR

LOUIS CHEVALOT

Né le 17 Juin 1869, à Xivry-Circourt (Meurthe-et-Moselle),

ANCIEN AIDE D'ANATOMIE

*Examineurs :*MM. GROSS, *Président.*

NICOLAS.

VAUTRIN.

FÉVRIER.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE A. VOIRIN ET L. KREIS, RUE SAINT-GEORGES, 51

1894



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547417_0071

ÉTRANGLEMENT INTERNE

PAR LE

Diverticule de Meckel

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE VENDREDI 21 DÉCEMBRE 1894

PAR

LOUIS CHEVALOT

Né le 17 Juin 1869, à Xivry-Circourt (Meurthe-et-Moselle),

ANCIEN AIDE D'ANATOMIE

Examineurs : { MM. GROSS, *Président.*
NICOLAS.
VAUTRIN.
FÉVRIER.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE A. VOIRIN ET L. KREIS, RUE SAINT-GEORGES, 51

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH, I O.

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C *, I O, TOURDES, O *, I O.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C *, I O, TOURDES O *, I O. COZE, * I O.

V. PARISOT *, I O HERRGOTT *, I O, HECHT *, I O, BEAUNIS *, I O.

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM *, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, I O, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I O, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I O, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, I O, professeur.
Chimie médicale et Toxicologie.....	M. GARNIER, I O, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I O, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements..	M. A. HERRGOTT, I O, professeur.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I O, professeur.
Hygiène.....	M. MACÉ, A O, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale.....	M. SCHMITT, I O, professeur.
Anatomie pathologique.....	M. BARABAN, I O, professeur.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, A O, professeur.
Histologie.....	M. PRENANT, A O, professeur.
Pathologie générale et Pathologie interne.	M. SIMON, A O, professeur.
Physiologie.....	M. MEYER, A O, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, chargé du cours.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies mentales.....	N.
Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER, A O, agrégé libre ch. du cours.
Clinique des maladies des vieillards.....	M. P. PARISOT, A O, agr., ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. VAUTRIN, A O, agrégé ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, A O, agr., ch. du cours.
Accouchements.....	M. REMY, A O, agrégé, chargé du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GUÉRIN, A O.
VAUTRIN, A O.

MM. REMY, A O.
P. PARISOT, A O.

MM. HAUSHALTER, A O.
FÉVIER.

AGRÉGÉS LIBRES : MM. SCHLAGDENHAUFFEN, *, I O, ROHMER, A O.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS ♂, A O, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES FRÈRES ET SŒUR

A LA FAMILLE ROSENTHAL ET A MON AMI MICHEL

A MES AMIS

A mon Président de Thèse,

MONSIEUR LE PROFESSEUR GROSS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS

A TOUS MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

HOMMAGE RESPECTUEUX.

AVANT-PROPOS

Pendant que nous fréquentions la clinique de M. le professeur Gross, nous avons suivi avec intérêt l'histoire d'un malade atteint d'étranglement interne produit par un diverticule intestinal.

Comme c'était là une affection assez rare en clinique et observée, d'ailleurs, pour la première fois à l'hôpital de Nancy, nous nous décidâmes à en faire le sujet de notre thèse inaugurale. Nous entreprîmes de réunir les observations françaises et étrangères parues récemment, depuis la thèse d'Augier en 1888 sur le même sujet. Les cas de ce genre étant peu nombreux en France, nous avons dû puiser dans la littérature médicale, anglaise, allemande et italienne. Nous avons pu réunir ainsi quinze observations qui nous ont permis de faire une monographie résumant, autant que possible, les données actuelles sur l'embryologie et l'anatomie du diverticule de Meckel, sur les divers accidents qu'il peut occasionner et en particulier sur l'occlusion intestinale.

Tel est le plan de notre thèse qui comprendra quatre chapitres. Un premier chapitre sera destiné aux généralités et à l'embryologie des diverticules ; nous y ajouterons l'histoire des quelques tératomes observés. Dans un second chapitre, nous exposerons l'anatomie descriptive du diverticule de Meckel. Un troisième chapitre renfermera

nos observations. Enfin le quatrième chapitre exposera la pathologie de l'occlusion intestinale aiguë par le diverticule de Meckel. Nous y examinerons la question si controversée du diagnostic et nous verrons quel est le traitement le plus rationnellement admis, en France comme à l'étranger.

Mais avant d'entrer dans notre sujet, nous devons remercier M. le professeur Gross de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse ; il nous a aidé dans la rédaction de ce travail, nous lui présentons l'hommage de notre reconnaissance et de notre respectueuse sympathie.

M. le professeur Nicolas a bien voulu nous confier, pendant quatre années, le service d'aide à l'amphithéâtre d'anatomie ; il nous a permis de mener à bonne fin nos études médicales et de compléter nos connaissances anatomiques. Qu'il veuille bien recevoir ici l'hommage de notre profonde gratitude.

Nous remercions aussi, bien vivement, M. le professeur Spillmann de la bienveillance qu'il nous a témoignée pendant et depuis notre semestre d'externat passé à son service.

Nous terminerons en priant nos amis et collègues MM. Poussardin, Garnier et Koehl, de recevoir tous nos remerciements pour l'obligeance avec laquelle ils ont mis à notre disposition leur connaissance des langues étrangères.

CHAPITRE PREMIER

Généralités et Embryologie

On rencontre parfois sur l'intestin grêle et plus particulièrement sur la dernière partie de l'iléon, des diverticules de forme, de taille et de structure bien différentes.

Les uns sont purement accidentels ; ce sont des hernies de la muqueuse à travers la musculaire, reconnaissables à l'absence de fibres musculaires dans leur paroi. Vu leur petit volume, ils ne sont guère la cause d'un étranglement.

Les autres, *diverticules vrais*, sont plus intéressants. Ce sont des restes de la période embryonnaire. Avec Cazin (Etude anatomique et pathologique sur les diverticules intestinaux, thèse de Paris, 1862), nous pouvons admettre deux sortes de diverticules :

Les premiers sont des bourgeonnements anormaux du tube intestinal primitif, bourgeonnements analogues à celui qui donne naissance au cœcum et à l'appendice vermiculaire.

Les seconds sont les restes du conduit omphalo-mésentérique, et ils portent alors le nom de *diverticule de l'iléon*, ou *diverticule de Meckel*. C'est en effet Meckel qui a, le premier, précisé l'origine et la signification de cette disposition anatomique.

Rappelons en deux mots le développement de l'intestin et le

mode de formation du diverticule, Dans le premier mois de la vie intra-utérine, l'intestin forme un tube qui communique avec la *vésicule ombilicale* par un canal large et court, le *canal vitellin* ou *canal omphalo-mésentérique*. Plus tard, cet intestin moyen ou *mésenteron* d'abord rectiligne, décrit vers la 5^e semaine une courbe à convexité antérieure ; la partie la plus saillante de cette courbe pénètre dans la cavité du cordon ombilical. C'est cette partie saillante qui se continue avec le canal vitellin. Puis, sur la branche inférieure de l'anse, au dessous de l'insertion du canal vitellin, apparaît un léger renflement qui donnera le *cæcum* et l'*appendice vermiforme*.

Après l'établissement de la circulation placentaire, la vésicule et les vaisseaux omphalo-mésentériques dont le rôle nutritif est terminé, s'oblitérent. Le conduit vitellin s'oblitère, à son tour, au commencement du 3^e mois, par suite du rétrécissement de l'*ombilic cutané* et de la fermeture complète de l'abdomen. Il perd alors ses connexions avec l'intestin et disparaît.

On conçoit que dans cette évolution de l'intestin, il puisse se produire plusieurs bourgeons cœcaux au lieu d'un ; c'est ce qui explique l'existence d'un ou de plusieurs diverticules chez le même individu, comme cela a été signalé. Augier qui a retrouvé ces poches cœcales chez les différents types de la série animale, en particulier chez le lapin, le lièvre, le chien et le chat domestiques, les considère comme un héritage ancestral.

On conçoit aussi que le canal vitellin puisse demeurer ; on le retrouvera alors à terme, sous différentes formes dont la plupart sont des monstruosité pathologiques. Nous allons les énumérer.

1° La vésicule ombilicale a persisté. Elle reste appendue à l'abdomen et communique avec l'iléon par le canal vitellin, accompagné par les vaisseaux omphalo-mésentériques. (Tiedemann).

2° Le canal seul persiste et reste perméable depuis l'intestin jusqu'à l'ombilic et même jusque dans le cordon.

3° Il ne reste que la partie du canal fixée à l'intestin ; elle

est perméable et forme un appendice en doigt de gant appendu à l'iléon. C'est le *diverticule de Meckel* proprement dit.

Celui-ci peut pendre librement dans la cavité abdominale ou être fixé à l'ombilic par un tractus fibreux qui est le vestige soit du conduit lui-même, soit des vaisseaux omphalo-mésentériques oblitérés. C'est surtout cette anomalie qui nous intéressera dans ce travail.

4° Le canal peut être oblitéré à ses deux extrémités ; la partie moyenne, juste entre l'ombilic et l'intestin, est seule restée perméable dans une certaine étendue. Roth (archives de Virchow, 86 Bd, page 172) mentionne une de ces tumeurs, laquelle il donne le nom d'*Entérocystome*.

C'était une tumeur kystique trouvée dans l'abdomen d'un enfant mâle ayant vécu 10 minutes. Elle avait une forme en bissac, de la grosseur d'un œuf de poule ; elle était recouverte en haut et en bas par le mésentère. Dans sa paroi, on pouvait reconnaître d'une façon incomplète les couches de l'intestin grêle ; il n'y avait pas de glande de Lieberkühn ; par places la couche d'épithélium cylindrique avait disparu. Dans son contenu il y avait de la mucine.

Viti de Sienna (Contribuzione allo studio dei vizi de conformazione per persistenza del condotto onfalo-mesenterico 1887) relate un kyste de même nature observé chez un fœtus féminin de 7 mois. C'était un kyste de la grosseur d'une orange, fermé, rempli de liquide citrin, au milieu duquel nageaient des flocons de méconium. Il avait contracté des adhérences avec l'utérus, la vessie, le foie, le diaphragme, la grande courbure de l'estomac, la paroi abdominale et surtout avec l'ombilic. Il avait une ouverture unique située à sa partie postérieure et communiquant en arrière avec le cœcum, à gauche avec la fin de l'iléon, à droite avec le colon ascendant, et s'ouvrant au point où l'intestin grêle s'abouche dans le cœcum. Il n'y avait pas de valvule iléo-cœcale. Le microscope montra l'identité de structure entre les parois de l'intestin et celles du sac. Il y avait une

séreuse, une couche musculaire lisse qui étaient en continuité directe avec celles de l'intestin. La muqueuse était moins reconnaissable : on retrouvait cependant par places de l'épithélium, des fibres musculaires lisses analogues à celle de la *muscularis-mucosæ*, et enfin une couche celluleuse qui se continuait sans ligne de démarcation avec celle de l'intestin.

5° La partie du conduit vitellin située immédiatement en arrière de l'ombilic n'est pas oblitérée et a formé un kyste situé derrière la paroi abdominale antérieure, au devant du péritoine. C'est cette forme que Roser a décrite (archives de Langenbeck, 29 Bd, 1876, page 475). Ce kyste qui avait 6 centimètres de diamètre, sécrétait par l'ouverture de l'ombilic, un liquide muco-séreux.

6° La partie du conduit, située au devant de la paroi, n'est pas oblitérée et forme un kyste. Zumwinkel cité plus loin, en rapporte un exemple. Le kyste examiné par lui se composait en dedans, d'une muqueuse à épithélium cylindrique, avec des villosités, des glandes de Lieberkühn, une *muscularis-mucosæ* ; en dehors, se trouvait une musculaire formée de deux couches de fibres lisses, circulaires et longitudinales ; cette couche musculaire était épaissie.

De toutes ces anomalies, nous n'en retiendrons qu'une seule, celle qui forme le *diverticule de Meckel* et ses variétés. Tous les autres vices de conformation dus à la persistance du conduit vitellin sont en effet très rares et moins intéressants au point de vue clinique.

D'autre part, les cœcums anormaux sont peu fréquents. Presque tous les diverticules rencontrés, de par leur structure, de par leurs connexions avec l'intestin et aussi de par les restes embryonnaires qui les entourent (vaisseaux omphalo-mésentériques), peuvent être rangés dans la classe des diverticules de Meckel.

CHAPITRE II

Anatomie du Diverticule de Meckel

Si nous examinons plus particulièrement le diverticule de Meckel, nous voyons qu'il présente des dispositions variées qu'on peut rattacher à 3 types, suivant qu'il est en relation avec l'intestin et l'ombilic à la fois ; avec l'intestin seul ou avec l'ombilic seul.

I. — Dans le premier cas, nous avons affaire à un DIVERTICULE ILÉO OMBILICAL. Nous pouvons y distinguer 2 variétés.

1° Le diverticule est creux dans toute sa longueur ; il va de l'intestin grêle à l'ombilic où il adhère fortement.

2° Le diverticule est converti en un cordon solide, rattaché à l'ombilic. Ce cordon est formé soit du conduit lui-même, soit des vaisseaux vitellins oblitérés ou des deux à la fois. Il peut être perméable au voisinage de l'intestin.

II. — Dans le second cas, le diverticule porte le nom de DIVERTICULE ILÉAL ; et on peut encore lui considérer 2 formes :

1° Le *diverticule iléal libre*, détaché complètement de l'ombilic. — C'est le cas le plus fréquent. Il porte quelquefois à son extrémité un rudiment de cordon ligamenteux. Ce diverticule pend librement dans la cavité abdominale ; il est creux.

2° Le diverticule part de l'intestin et va par son extrémité adhérer à quelque partie voisine. C'est le *diverticule iléal*

adhérent. Le plus généralement, c'est au mésentère qu'il se fixe ; parfois c'est sur l'intestin grêle lui-même (Obs. VI), sur les appendices graisseux du gros intestin, (Nélaton, Bulletin société anatomique, T. XVI, 1841), sur le cœcum, sur l'épiploon. — Dans d'autres cas, il va se fixer à la paroi abdominale elle-même.

III. — Le diverticule du 3^e type est d'ailleurs très rare et tout-à-fait exceptionnel. Nous le citons cependant pour mémoire. Lui aussi comporte deux variétés :

1^o Diverticule qui a perdu sa connexion avec l'intestin et qui pend librement de l'ombilic dans la cavité abdominale.

2^o Diverticule sans connexion avec l'intestin grêle, adhérent par son extrémité à l'ombilic et par l'autre à une partie quelconque de la paroi abdominale.

Fréquence. — La fréquence du diverticule est variable. Augier sur 300 sujets, l'a rencontré 6 fois. Kelynack ne l'a relevé que 4 fois sur 298 individus. Une statistique anglaise (Journal of anatomy) donne 16 cas sur 869 sujets examinés (Testut). On peut donc l'évaluer en moyenne à 1 cas sur 70 individus, sans distinction ni d'âge ni de sexe.

Pour notre part, nous ne l'avons jamais rencontré dans les nombreuses autopsies qu'il nous a été donné de faire, au cours de nos quatre années de service à l'amphithéâtre d'anatomie.

Situation. — Ce diverticule, toujours unique, s'insère généralement aux environs de la valvule iléo-cœcale. La distance qui l'en sépare est très variable ; les auteurs donnent comme chiffres extrêmes 0^m,35 et 3^m. Mais on peut le trouver plus bas, presque sur la valvule iléo-cœcale ; d'autres fois, beaucoup plus haut, jusque sur le jejunum.

Dans nos observations, nous le voyons noté à 0^m,12, 0^m,30, 0^m,45, 0^m,50, 0^m,60, 0^m,66, 0^m,90, 0^m,95, 1^m, 1^m,10, 1^m,20, 1^m,50.

Insertion. — Ce diverticule vient s'insérer sur l'intestin grêle en formant avec lui un angle plus ou moins aigu, de 80° géné-

ralement, ouvert en haut. Quelquefois, quand il s'agit en particulier d'un diverticule iléal, cet angle d'insertion est droit.

Le diverticule s'attache généralement au bord libre de l'intestin. Il est presque toujours enveloppé par un repli péritonéal qui lui forme un *meso* et qui le rapproche de l'iléon.

Parfois il s'insère très près du bord mésentérique.

Forme. — Il est cylindrique ou globuleux ; plus souvent il est conique, plus large à son extrémité intestinale qu'à son extrémité libre. On peut lui considérer deux faces et deux extrémités.

La *face externe* est lisse, recouverte par le péritoine.

La *face interne* présente l'aspect de la muqueuse intestinale et on y rencontre des villosités. Cette face se termine par un cul-de-sac.

L'*extrémité interne* s'ouvre dans l'iléon et ne présente pas de valvule, analogue à la valvule iléo-cœcale. Cependant on y retrouve, dans certains cas, une formation valvulaire constituée par un repli de la muqueuse.

L'*extrémité externe*, libre le plus souvent, peut-être arrondie et lisse. Mais on y rencontre aussi des bosselures, des végétations, qu'on a attribuées soit à des hernies de la muqueuse, soit au développement irrégulier de la musculature du diverticule, soit aux restes du conduit et des vaisseaux omphalo-mésentériques. Ces proéminences sont quelquefois vésiculeuses.

Augier a retrouvé, à cette extrémité, un ganglion enveloppé de graisse.

Lorsque le diverticule est adhérent, l'extrémité externe au lieu d'être arrondie, se continue insensiblement par un tractus fibreux qui va, en s'aminçissant, s'insérer sur la paroi abdominale.

Dimensions. — Elles sont très variables. Depuis 0^m,01 de longueur, environ, et quelques millimètres de largeur, il peut arriver à une longueur de 0^m,25 sur une largeur de 0^m,04 à 0^m,05. Il peut même dépasser la largeur de l'intestin, au point que

Cruveilhier, au cours d'une opération, prit ce diverticule pour une anse intestinale. Généralement, il est plus étroit cependant que l'iléon.

Structure. — La structure est celle de l'intestin grêle ; on y retrouve en effet les 3 couches, muqueuse, musculaire, séreuse.

La muqueuse et la musculaire se continuent avec celles de l'intestin, sans ligne de démarcation ; la séreuse avec le péritoine. La muqueuse a la même structure que celle de l'intestin. On y rencontre un épithélium cylindrique, des villosités, des glandes de Lieberkühn, une muscularis-mucosæ.

Küstner (Archives de Virchow 286-69 s.) y a même trouvé des cellules caliciformes ; mais aucun observateur n'y a découvert de follicule clos.

La musculaire est composée de deux couches analogues à celles de l'intestin, mais ces couches sont irrégulières, elles sont épaissies quelquefois par places et disparaissent en général au sommet du diverticule.

Contenu. — Ce diverticule est en général vide, ce qui tient à son mode d'implantation sur l'intestin. Les produits de digestion ont, en effet, une tendance plus grande à continuer leur marche dans le bout inférieur de l'intestin qu'à remonter dans le diverticule. Cependant, il peut en renfermer et ces produits peuvent même, par suite d'un séjour prolongé, amener des accidents. Le plus souvent, il est rempli seulement de gaz ; il est pour ainsi dire turgescent et tend à s'élever et à flotter au milieu de la masse intestinale, ce qui explique la rareté des accidents occasionnés par ce diverticule.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Les vices de conformation, dus à la persistance des différentes parties du canal vitellin, peuvent donner lieu à des formations pathologiques variées, que nous avons déjà citées plus haut, au chapitre I. Nous allons énumérer rapidement ces tératomes qui ne sont, en somme, qu'une curiosité scientifique.

1° Le kyste de Tiedemann (correspondant à la première anomalie du chapitre I).

2° Le kyste de Roth et celui de Viti (4° anomalie).

3° Le kyste de Roser (5° anomalie).

Plus intéressants sont les accidents occasionnés par les trois dernières anomalies,

4° Zumwinkel (*Archives de Langenbeck*, 1890, n° 40, p. 838) rapporte l'observation suivante :

Il s'agissait d'une jeune fille de 7 ans. présentant depuis sa naissance, à gauche de l'ombilic, un petit orifice qui laissait suinter un liquide visqueux.

A l'examen, on trouva dans la région ombilicale, une masse arrondie, indurée, assez superficielle, ayant 1 c. 25 de diamètre. La fistule était située entre l'ombilic et cette masse indurée. On y introduisit un stylet qui pénétra à 1 cent. de profondeur et qu'en promena en tous sens comme dans une cavité.

Incertain de ce qu'était cette tuméfaction, pensant peut être à une fistule de l'ouraque, Zumwinkel circoncrivit le tout, y compris l'ombilic, par deux incisions elliptiques allant jusqu'à l'aponévrose, et enleva un kyste de couleur bleuâtre, de la grosseur d'un noyau de cerise, qui se laissa énucléer facilement.

La structure de ce kyste qui constitue la 6^e forme d'anomalie, a été étudiée plus haut.

5° Les accidents dus à la persistance du conduit vitellin dans le cordon sont des *fistules stercorales ombilicales*. On comprend, en effet, que ce canal soit pris dans la ligature du cordon, après la naissance. A la chute du cordon, le canal ouvert fera communiquer l'intestin avec le dehors.

Récemment, Kirnisson (*Semaine médicale*, 13 nov. 94) a présenté un cas de fistule stercorale ombilicale chez un enfant de 6 mois. Cette fistule était venue à la suite de la ligature et de la chute du cordon et elle était due à un diverticule de Meckel resté adhérent à l'ombilic (2^e anomalie).

6° Enfin le diverticule lui-même peut amener une série d'accidents. On a noté sa présence dans des sacs herniaires ; des phénomènes d'engouement, par suite du séjour prolongé de matières stercorales dans son intérieur.

Mais le plus commun et le plus intéressant de ces accidents est l'occlusion intestinale aiguë, par étranglement, dont nous allons présenter les variétés et le mécanisme dans les observations qui suivent :

Observation I.

Due à l'obligeance de M. le Professeur Gross.

Le nommé Louis P..., âgé de 20 ans, mineur, entre au service de clinique chirurgicale de M. le Professeur Gross, le 6 juillet 1894. De constitution robuste, sans antécédents héréditaires, il a toujours été bien portant jusque dans ces derniers temps. Depuis 5 ans, il porte une hernie inguinale gauche réductible, maintenue par un bandage, mais dont il n'a jamais souffert.

Il y a un mois, il aurait souffert de violentes coliques, après l'ingestion de cerises avec leurs noyaux. Ces coliques auraient duré 3 jours.

Le 1^{er} juillet, étant en barque sur la Meurthe, il tombe à l'eau et en éprouve un violent saisissement, mais sans conséquences immédiates apparentes.

Le 3 juillet, à midi, il fut pris tout à coup de violentes coliques et de vomissements abondants. A partir de ce moment, il n'a plus rendu de gaz ni de selles et les vomissements n'ont pas cessé.

A son entrée au service, le 6 juillet, on constate que le ventre est considérablement ballonné, surtout dans sa partie supérieure ; la percussion y dénote une sonorité tympanique générale. A la palpation, le ventre est tendu, mais il n'est pas douloureux, sauf un peu vers la partie supérieure de la fosse iliaque droite. Aucune trace de hernie dans la région droite ni ailleurs. Le toucher rectal n'offre rien de particulier. Aucune émission de gaz par l'anus, pas de selles-vomissements bilieux, point de hoquet.

La prostration est profonde, le facies est grippé, les extrémités ne sont pas froides. Le pouls est petit, fréquent, entre 120-140 ; la température flotte de 37° à 38°.

Rien de particulier dans les différents appareils et fonctions.

Prescriptions : Glace, champagne. Applications de fomentations stimulantes sur l'abdomen. Lavement purgatif. Celui-ci provoque 3 selles successives et quelques émissions de gaz, mais aucun soulagement ne s'en est suivi.

Dans la soirée, on pratique un lavage de l'estomac qui donne issue à une certaine quantité de liquide verdâtre, mêlé à une substance noirâtre, semblable à de la suie.

La nuit a été mauvaise, le malade a eu du subdélirium, a vomi tout ce qu'il a essayé d'avaler.

Le lendemain, à la visite (7 juillet), la situation s'est aggravée encore, la prostration est extrême, les extrémités sont froides, le pouls misérable à 140, la température à 36°,8. L'état du ventre est le même que la veille.

La situation du malade étant trop grave pour permettre la laparotomie, M. Gross établit un anus artificiel de Nélaton.

OPÉRATION. — Après l'administration de quelques bouffées de

chloroforme et précautions antiseptiques habituelles, M. Gross pratique sur le côté droit, à 2 centimètres au-dessus de l'arcade de Pallope et parallèlement à elle, une incision de 6 centimètres environ, intéressant les différents plans de la paroi abdominale, y compris le péritoine.

Quand ce dernier est incisé, il s'écoule de la cavité péritonéale une certaine quantité de liquide ascitique. Avec le doigt, on pénètre dans le ventre, au niveau de la fosse iliaque et vers la région ombilicale. On ne constate rien de particulier, aucune bride, aucune induration.

L'anse intestinale qui se présente à la plaie est très distendue, fortement congestionnée et recouverte, de ci de là, de quelques petits flocons fibrineux. Elle est fixée au péritoine pariétal par une série de points de suture. Ses parois sont tellement amincies par la distention, qu'à trois reprises l'aiguille traverse la muqueuse et chaque fois, une certaine quantité de matières intestinales très liquides s'échappe au dehors. Celles-ci sont enlevées avec le plus grand soin et les surfaces contaminées, à chaque fois, soigneusement lavées et désinfectées.

Quand la couronne de sutures est terminée, on ouvre l'intestin et il s'en écoule une grande quantité de matières très liquides dont on favorise l'issue par l'introduction, dans l'intestin, d'un tube de caoutchouc qu'on fixe à la paroi. Un point de suture réunit les angles de la plaie et un pansement au coton hydrophile est appliqué.

L'état du malade ne s'est point relevé après l'opération. Le pouls est devenu de plus en plus faible, les extrémités se sont refroidies et le malade a succombé dans la soirée.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de l'abdomen, léger épanchement ascitique. Anses intestinales rougeâtres, distendues par des gaz et par places légèrement agglutinées par une mince exsudat fibrineux.

Du côté droit, on reconnaît l'anse fixée à la paroi et sur laquelle a été établi l'anus artificiel. La réunion est solide et on n'aperçoit aucune trace d'épanchement de matières autour de l'intestin, preuve que la suture a été hermétique.

En écartant l'intestin grêle du côté droit, on met à découvert le cœcum et le colon ascendant. Au devant du cœcum, à peu près au travers de son milieu, passe une bride épaisse de 0,008 à 0,01

de diamètre. Au premier abord, cette bride a semblé être l'appendice vermiforme relevé, passé par dessus le cœcum et ayant contracté quelque adhérence anormale. Mais en passant le doigt au-dessous de l'extrémité du cœcum, on ramène facilement l'appendice qui se montre absolument libre et avec ses caractères ordinaires. En suivant la bride, on constate qu'elle se dirige en dedans et en arrière, pour se fixer sur le mésentère, en un point rapproché de sa base.

Un examen plus minutieux montre que la partie inférieure de l'intestin grêle est repliée, parallèlement, en dedans du cœcum. En exerçant une légère traction sur l'intestin, on reconnaît que celui-ci s'engage sous la bride, mais on n'arrive pas à le dégager. On sectionne alors la bride, à son implantation sur le mésentère ; on parvient de la sorte, à retirer la partie de l'intestin grêle assez longue, qui avait passé au-dessous d'elle. Cette anse est aplatie, vide, flasque, d'une couleur grisâtre et manifestement atteinte de sphacèle ; elle avait été étranglée par la bride au-dessus de laquelle elle était placée.

Quant à la bride, il fut facile de reconnaître qu'elle tenait à l'intestin même. Celui-ci fut alors extrait de la cavité abdominale et étalé. On reconnaît facilement qu'il s'agissait d'un diverticule intestinal. Celui-ci était implanté à 1^m50 de la valvule iléo-cœcale, perpendiculairement sur le bord convexe libre de l'intestin. Il mesurait 0,12 centimètres de longueur et 0,018^{mm} de largeur. En l'ouvrant, on constate que la cavité est terminée en doigt de gant ; l'aspect de sa surface interne est en tous points semblable à celui de la surface intérieure de l'intestin.

L'entérotomie à porté a 0,20 centimètres au-dessus du point d'implantation du diverticule.

Il s'agissait dans le cas particulier d'un étranglement interne par diverticule de Meckel. Par suite d'une adhérence au mésentère, le diverticule formait un anneau dans lequel étaient engagés d'une part l'extrémité du cœcum et la partie la plus voisine de l'intestin grêle ; — d'autre part et en sens-inverse, une longueur d'intestin de 0^m65. L'étranglement à plus spécialement porté sur cette dernière qui était sphacélée.

Observation II.

Traduite de GIBSON HAMILTON, (*The Lancet*, 6 oct. 1888).

Le 1^{er} dimanche de Mai 1887, le docteur Barr me fit appeler auprès d'un petit garçon, âgé de 6 ans, qui était entré le matin même au « Northern Hôpital » de Liverpool, avec des symptômes d'occlusion intestinale suraigüe. Ce garçon s'était couché la veille au soir, le samedi, bien portant. Depuis 4 jours, il n'avait eu aucune selle, bien qu'il eut des envies fréquentes. A 3 heures du matin, le dimanche, il s'éveilla, se plaignit de forte douleur dans la partie inférieure de l'abdomen. Il vomit ensuite, d'une façon continue, jusqu'à ce que son père l'apportât à l'hôpital, vers midi.

Le docteur Thompson, médecin de l'hôpital, le trouva dans un collapsus profond, le facies anxieux, les lèvres livides et les pupilles dilatées. Le malade était sans forces, vomissait fréquemment et se plaignait de souffrir beaucoup, à la partie inférieure de l'abdomen. Des liniments à l'atropine et d'autres remèdes furent essayés, mais à 4 heures de l'après-midi du même jour, les vomissements étaient devenus stercoraux et l'état avait empiré.

Tard dans l'après-midi, je le vis avec le docteur Barr. Il était en état de collapsus profond, la langue était sèche, le pouls très faible et rapide, l'expression anxieuse, T. 38 et le patient était toujours agité. A l'examen je trouvai l'abdomen en apparence normal. A la palpation profonde cependant, on découvrait une partie indurée très douloureuse, à la partie inférieure de la région ombilicale. On porta le diagnostic d'occlusion intestinale aigüe et je décidai d'opérer le soir même. Entre 8-9 heures, l'état du malade était beaucoup plus sérieux, le pouls imperceptible, les mains étaient bleues et la peau était couverte d'une sueur froide, le malade était dans un état semi-conscient.

OPÉRATION. — A 9 heures, ou 18 heures après l'apparition des symptômes aigus, on administre une petite quantité d'éther. Une incision de 4 pouces de long fut faite sur la ligne médiane, s'étendant inférieurement immédiatement au-dessous de l'ombilic. En ouvrant le péritoine, on remarqua d'abord qu'une anse d'intestin était profondément congestionnée. On vit bientôt que cette anse, de

coloration foncée, se dirigeait en bas dans le bassin et était étranglée par un lien qui la croisait plus ou moins transversalement. J'examinai d'abord le fond du cæcum et l'appendice vermiculaire; mais je les trouvai normaux. L'iléon fut alors suivi depuis la valvule iléo-cæcale et bientôt j'arrivai sur l'étranglement. La bande transversale mentionnée plus haut, fut reconnue pour être le diverticule de Meckel qui avait environ 3 pouces de long, et qui avait contracté des adhérences avec le mésentère, en arrière près de la colonne vertébrale. Le diverticule tirait son origine de l'iléon, à 2 pieds de la valvule iléo-cæcale. Une anse d'environ 2 pieds de long était fortement étranglée par le diverticule. La portion foncée, distendue au-dessus de l'étranglement, occupait le bassin et dut être vidée de ses gaz, avant qu'on ait pu la retirer d'entre la vessie et le rectum. Le diverticule fut lié au catgut en deux endroits et divisé; l'étranglement fut facilement vaincu. La plaie abdominale fut suturée à la soie et recouverte d'un tampon de gaze iodoformée, par dessus lequel on plaça une certaine quantité de ouate. Le malade guérit.

Observation III.

Traduite de ZUMWINKEL, *Archiv. f. Klin Chir.*, 1890, 40 Bd, p. 841.

Schneider Nicolas, 49 ans, mineur, éprouve en se levant, le 12 février 1890, une douleur dans le ventre, excessivement vive, suivie de vomissements. La douleur est surtout forte entre l'ombilic et la fosse iliaque droite. On y trouve de la rénitence et de la matité. Le ventre n'est pas fortement ballonné. On le traite par l'opium et la glace.

Le 13, le malade n'a pas dormi la nuit, la douleur a été plus forte, les vomissements sont devenus biliaires. Il a eu des envies fréquentes d'aller à la selle. Les douleurs étant encore devenues plus fortes et rien ne sortant plus par l'anus, l'opération est décidée, mais est refusée par les parents.

Le 14, nuit sans sommeil. Douleur plus violente dans tout l'abdomen. Ce dernier n'est pas météorisé. Pouls 125, température rectale 38,5. Facies grippé, le malade est excessivement faible, il ne peut supporter sans vive douleur des lavements d'eau. Il va plus

de 50 fois sur le vase, sans résultat. L'après-midi, les parents réclament l'opération qui est faite, 2 jours et demi après le début des accidents.

Après chloroformisation, incision de l'ombilic à la symphise. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule environ 1 litre de sérosité sanguinolente. Les anses d'intestin grêle s'échappent au dehors ; elles sont très distendues, couleur lie de vin, leur surface est hérissée de fibrine. La distension des anses gênant l'exploration, on fait sur l'une d'elles une incision transversale par où s'échappent des gaz et du liquide ; l'intestin s'affaisse. On suture la muqueuse à la soie et la séreuse au catgut.

A l'endroit où siégeait le maximum de la douleur et de la rénitence, le doigt conduit sur le mésentère, sent une bride circulaire étranglant l'intestin. Dans cet anneau s'est engagée, de droite à gauche, une grosse anse d'intestin grêle. Cette bride est fixée solidement dans la profondeur. Elle est coupée entre deux ligatures. Aussitôt les anses libres et pleines de gaz se précipitent au dehors, les 2 bouts du fil à ligature disparaissent dans le fond. L'irrégularité de la respiration, le pouls à peine perceptible font hâter l'opération. On ne peut faire rentrer l'intestin distendu, même après l'élévation du bassin, par le procédé de Trendelenbourg. On doit faire une seconde incision transversale pour vider de nouveau l'intestin.

On ferme ensuite la paroi abdominale par étages. Le malade très prostré, ne se releva pas et mourut le lendemain, à huit heures du matin.

AUTOPSIE. — L'autopsie pratiquée le 15 au soir, montra les sutures intestinales intactes. La bride d'étranglement était un diverticule de Meckel, de 15 centimètres de long, qui s'insérait à 95 cent. de la valvule iléo-cœcale. Le diverticule fixé au mésentère par de fortes adhérences, a entouré une anse d'intestin grêle d'environ 35 cent. de long, avec son mésentère. Le pied du diverticule est bleu-noir, la gangrène est commencée. Les anses, de couleur lie de vin foncé, agglutinées les unes avec les autres dans l'hypogastre, sont, de même que celles de l'épigastre, dilatées au maximum et remplies de gaz et de liquide.

Observation IV.

Empruntée à NIMIER (*Archives de Médecine et Pharmacie militaires*, 1894, T. 23.)

Le 23 mars 1879, un cuirassier se présente à M. le médecin-major Doubre, se plaignant d'avoir été pris, pendant la nuit, de coliques, et de ne pouvoir aller à la garde-robe. Il avait eu une selle, la veille. L'examen du ventre ne présente rien de particulier. Un purgatif prescrit reste sans résultat, et le 24, aux coliques intenses, s'ajoutent des vomissements fécaloïdes; cependant l'abdomen reste souple, et les douleurs ne sont pas exaspérées par la pression; on prescrit seulement un purgatif.

Le 25, l'état est toujours le même; de plus, le ventre s'est ballonné, et, dans la fosse iliaque droite, un peu de submatité et d'empâtement font admettre l'existence d'un amas stercoral, que l'on combat par la faradisation, un rhéophore étant introduit dans le rectum et l'autre, promené sur la paroi abdominale. On y ajoute, mais en vain, des lavements gazeux.

Le 26, on prescrit 250 grammes de mercure métallique qui sont vomis. Malgré la répétition de ces divers modes de traitement, l'état général s'aggrave. Cependant le pouls se maintenait assez ferme et le refroidissement était limité aux extrémités inférieures, lorsque, subitement, dans la matinée du 2 avril (11^e jour) le malade évacue, par le bas, des matières fécales liquides abondantes, avec du mercure, et, en même temps des phénomènes graves de perforation intestinale se montrent: disparition complète du pouls, refroidissement général, collapsus et la mort survient à 9 heures du matin.

Un diverticule intestinal, long de 8 cent. prolongé par une corde fibreuse de 4 à 5 cent., se fixait sur le mésentère, formant ainsi un pont au-dessus de l'intestin grêle, à 0^m50 de la valvule iléo-cœcale. Tendue par la masse intestinale à cheval sur elle, cette corde étranglait une des dernières anses de l'iléon, sur laquelle l'étranglement était nettement accusé par une empreinte blanchâtre. Immédiatement au-dessus, siégeaient deux petites perforations, grosses comme un grain de millet. Enfin, chose à noter, comme indice d'une tendance à la guérison spontanée, la bride fibreuse, à son insertion mésentérique, était rompue dans la moitié de son épaisseur.

Observation V.

Traduit de ROSER (*Berliner Klin Wochenschrift*, 1889, p. 704).

Roser rapporte un cas d'iléus aigu produit par un étranglement de l'intestin ; la cause était un diverticule de Meckel, soudé au mésentère.

Ce diverticule long de 12 cent., renfermait un corps étranger de 3 cent. de long, très dur, en forme de corne, et qui sortit après la section du diverticule.

Il y avait de la péritonite.

La laparotomie, pratiquée trop tard, fut suivie de la mort du malade.

Observation VI.

Traduite de Jul. HÖRDEUS, (*Berliner Klin Woch.*, 1891, n° 21, p. 513).

Le 14 juin, au matin, je fus appelé auprès du jeune Auguste H., âgé de 13 ans et demi, qui, jusqu'à ce jour, avait toujours été bien portant. Il vomissait continuellement depuis la veille au soir. Apyrexie complète. Langue légèrement chargée. Quelques douleurs à la région épigastrique et ombilicale. Ventre souple, non ballonné, pas douloureux à la palpation. Selle abondante, le matin même.

J'ordonne 1 gramme de calomel. Pas de selles ni de vents.

La percussion donne partout un son tympanique, sauf au-dessous d'une ligne passant par l'épine iliaque antéro-supérieure et par le symphise pubienne. Dans cette région il y a de la matité, des deux côtés.

Le jeune homme, en faisant, la veille, de la gymnastique à la barre fixe, avait ressenti, dans le bas-ventre, une douleur qui n'avait pas duré. La même douleur réapparut plus tard, avec des vomissements. Rien d'anormal, pas même dans la région du cœcum ; aucune induration, comme dans l'invagination ; rien au toucher rectal. Pas de hernie.

J'ordonne 6 gouttes d'huile de croton par jour et un lavement avec une demi-goutte de cette huile.

Le 15, vomissements plus rares. La douleur diminue. T. 37°. Le malade a de l'appétit. On lui fait des lavements de 1-2 litres d'eau qui amènent d'abord quelques selles moulées, puis plus rien.

Le 16 et le 17, même état. On commence à percevoir, à travers la paroi abdominale amaigrie, les mouvements de l'intestin grêle. On entend des gargouillements.

Pensant alors à une obstruction mécanique, je supprime l'huile de croton et je pratique le lavage d'estomac qui provoque une évacuation abondante d'un liquide jaunâtre. Le soir, grand lavement, suivi d'un vent assez fort.

Le 19, pas de vomissements ni d'évacuation alvine, même après deux lavements. Le jeune homme réclame d'autre nourriture que les liquides qui lui ont été permis jusqu'alors. Il passe une meilleure nuit.

Le 20, coliques répétées. Je fais prendre 125 gr. de mercure et un bain chaud. Etat stationnaire. Nuit très agitée. La douleur augmente. Vomissement de liquide fécaloïde brunâtre. On pratique un nouveau lavage d'estomac.

Les forces du malade diminuant, je décide de faire la laparotomie.

A 5 heures du soir, même état. Pouls petit, lent ; T. 37°. Les vomissements ont cessé ; le bas ventre donne encore de la matité. Les deux tiers supérieurs du ventre laissent apercevoir les anses d'intestin ; malgré cela, le ventre n'était ni ballonné ni sensible.

Le malade réclame à manger.

OPÉRATION. — Après avoir endormi le malade, le docteur Flick fait une ouverture de 9 cent., depuis la symphise jusqu'à 3 cent. en dessous de l'ombilic. Un flot de liquide séreux, clair comme de l'eau, jaillit dès l'ouverture. Aussitôt, on aperçoit des anses d'intestin grêle distendues. Je les repousse à gauche et j'aperçois dans le petit bassin l'intestin grêle, vide et rétréci. Je le fais alors glisser entre mes doigts, à partir du cœcum, en le laissant retomber de suite dans le bas ventre. Après en avoir palpé environ 1^m, je fus arrêté et je sentis un nœud dans la profondeur. Pour bien le voir, il fallut tirer au dehors quelques circonvolutions de l'intestin et les envelopper, dans des compresses chaudes, au sublimé.

On put voir alors, sur le côté mésentérique de l'intestin, un demi-anneau, de l'épaisseur d'un doigt, long d'environ 6 cent., et ressem-

blant à l'intestin grêle. Il formait avec ce dernier un anneau, dans lequel était passée une autre anse intestinale, de 1^m de long.

En tirant sur l'anse étranglée, je fus assez heureux pour la faire sortir du bon côté.

Pour éviter une récurrence, on fit une double ligature à chaque extrémité de la bride et on la sectionna entre les deux ligatures.

La marche de la guérison fut régulière.

Observation VII.

Empruntée à TUFFIER et RICARD (*Bulletin Soc. anat.*, Paris, 1881, 56).

Le malade signalé, avait reçu une balle, ayant produit une plaie pénétrante de la poitrine et de l'abdomen. Il était en bonne voie de guérison, quand apparurent de nouveaux accidents.

Le 24 avril, après la visite, le malade est pris brusquement de vomissements et rejette tout ce qu'il avait pris depuis le matin. Il attribue son état à l'ingestion de plusieurs oranges.

Le 25 avril, le facies est très altéré depuis la veille, le pouls est petit, température normale, le hoquet a reparu, le ventre est un peu ballonné et douloureux à la pression. Les vomissements continuent, malgré l'opium et la glace. Temp. 36°,8. Pas de selles, aucune émission de gaz par l'anus.

Le 26, persistance des symptômes ; les anses de l'intestin se dessinent sur la paroi abdominale, la température tombe à 36°,2. Les vomissements sont verdâtres, le facies s'amaigrit de plus en plus. M. Anger, diagnostique une occlusion intestinale, mais vu l'état antérieur du malade (plaie de l'estomac et plaie du rein), il rejette toute idée d'intervention.

Le 29, les vomissements persistent jaunâtres, sans être fécaloïdes, le facies s'étire de plus en plus, les yeux sont excavés et ternes, la voix cassée, presque éteinte. Température 36°,2. Pouls à peine sensible.

Le 30, le soir le malade s'éteint avec un léger subdélirium.

AUTOPSIE. — A l'autopsie, péritonite généralisée, distension énorme de l'intestin grêle contrastant avec la vacuité du gros intestin.

En étalant l'intestin, on trouve à 1 mètre environ de la valvule iléo-cœcale, un diverticule de l'intestin grêle, long de 12 centimètres. Ce diverticule enserre complètement le calibre de l'intestin, et a amené une occlusion.

Observation VIII.

Empruntée à CAMICHEL, Thèse de Lyon, 1893.

X..., âgé de 30 ans environ, a toujours joui d'une bonne santé, jamais d'accidents du côté de l'intestin.

Le mal a commencé 3 jours avant l'entrée à l'hôpital, d'une manière brusque, par des douleurs très vives dans l'abdomen. Aux coliques se sont ajoutés du ballonnement et des vomissements alimentaires, d'abord, puis bilieux, et devenus fécaloïdes. Quelques selles ont été provoquées par des lavements. Un peu de sang ayant été vu dans une selle, on a pensé à une invagination.

Au moment où M. Gangolphe a vu le malade, celui-ci était déjà dans un état grave. La percussion dénotait de la submatité dans les fosses iliaques. S'appuyant sur ce signe, M. Gangolphe porta le diagnostic d'occlusion par étranglement, et proposa au malade une intervention chirurgicale immédiate, qui fut refusée ou tout au moins remise au lendemain.

Ce jour là, l'état s'était considérablement aggravé, le malade avait le pouls presque insensible, les extrémités froides ; il répondait à peine aux questions qu'on lui posait. La laparotomie fut alors pratiquée au 5^e jour. A l'ouverture de l'abdomen, une certaine quantité de liquide séro-sanguinolent s'écoula et, à sa suite vinrent des anses intestinales très congestionnées. On commença la recherche de l'étranglement. Mais, l'état du malade de plus en plus alarmant fit abandonner cette entreprise. On dut refermer le ventre. La mort survint 4 ou 5 heures après l'opération.

AUTOPSIE. — La cavité abdominale ouverte, on ne trouva pas de péritonite. En suivant l'intestin grêle météorisé, on arriva avec les mêmes difficultés qu'au moment de l'opération sur un diverticule qui naissait à 12 cent. du cœcum. Ce diverticule se terminait par un filament long qui avait étranglé, en l'entourant, le pédicule

d'une anse voisine. Celle-ci était déjà en partie coupée et les matières fécales commençaient à s'échapper par la rupture. Dans la cavité péritonéale, on trouve environ 500 grammes de sérosité sanguinolente.

Observation IX.

Traduite de GIBSON HAMILTON (*The Lancet*, 6 oct. 1888).

Un garçon de 6 ans fut amené au docteur Barr, avec des symptômes d'occlusion intestinale. Dans la nuit du samedi, il avait été mis au lit en bonne santé. Le dimanche matin il se plaignit de coliques et eut une petite selle. Vomissements continuels. Le 3^e jour la mère lui avait donné un lavement qui avait été suivi d'une petite selle.

A son admission à l'hôpital, le 4^e jour de l'affection, le malade se plaint de douleurs dans l'abdomen, qui est fortement distendu et tympanique. La langue est recouverte en arrière d'un épais enduit brun, mais elle est propre et humide en avant. 2 vomissements depuis l'admission, copieux et consistant en lait caillé et en bile altérée, sans odeur fécaloïde. Distension de l'abdomen, l'intestin grêle peut être découvert par la palpation : on pouvait voir 3 sinuosités de l'intestin se dirigeant transversalement. Le malade vomit 4 fois le jeudi et 2 fois le vendredi. Tard dans la nuit de vendredi, il semble y avoir un peu de mieux. Mais samedi matin (7^e jour de la maladie), l'enfant est presque mourant. On fait la laparotomie vers midi. Incision de 4 pouces environ entre l'ombilic et le pubis. On trouve quelque chose qui ressemble à une anse d'intestin grêle, adhérent à la paroi abdominale antérieure, un peu à gauche de l'incision, par des tractus récents. On rompt les adhérences avec la paroi abdominale. On se prépare à examiner l'étranglement vers la portion décolorée de l'intestin, lorsque l'attention est appelée sur l'état de l'enfant. Il était sans pouls. On le remet au lit. La mort survint 6 heures après.

A l'autopsie, la portion adhérente à la paroi abdominale est reconnue comme étant l'extrémité renflée en massue et dilatée, d'un diverticule de Meckel, autour du pédicule duquel s'étaient tordus 2 pieds et demi d'iléon. Le diverticule prenait son origine

sur l'iléon à 3 pieds de la valvule iléo-cœcale. De ces 3 pieds, 2 et demi s'étaient tordus 2 fois autour du pédicule.

Observation X.

Traduit de GIBSON HAMILTON (*The Lancet*, 6 oct. 1888)

R. J..., âgé de 33 ans, fut admis au « Northern-Hôpital », le 20 février 1886, dans le service du Dr Caton, avec des symptômes d'occlusion intestinale. Douleur autour de l'ombilic, constipation et vomissements. Le malade avait eu un accès de fièvre typhoïde 17 ans auparavant et la dysenterie, il y avait trois ans. Autrement sa santé avait toujours été bonne. On ne relevait dans son histoire ni effort, pas de hernie, pas de constipation habituelle. Il avait été à la selle le 14 février. Un peu tard, le même jour, après avoir bu de l'eau, le malade fut saisi d'une douleur soudaine dans l'abdomen. Des vomissements bilieux survinrent du 14 au 17 ; ce dernier jour, ils devinrent fécaloïdes. Pas de gaz, ni de matières par l'anus, depuis le 14.

A son entrée, il n'avait pas l'air gravement malade, la langue était humide, l'abdomen pas trop distendu, le colon facilement délimitable par la percussion. Dans la fosse iliaque droite, on découvrit un point douloureux.

Vomissements deux fois par jour environ. Il avait pris des purgatifs variés avant l'admission. Un lavement fut administré sans effet et le malade fut mis à l'opium et à la belladone.

Le 22 février. — Le malade n'avait pas dormi et se trouvait très faible, les vomissements devinrent fécaloïdes. On se décida à opérer. Le malade étant éthérisé, M. Puzey ouvrit l'abdomen sur la ligne médiane, entre l'ombilic et le pubis. La cause de l'occlusion fut promptement découverte, à droite de l'ombilic. L'iléon était étranglé et maintenu par un cordon épais qui venait s'attacher, d'autre part, à l'ombilic. La partie supérieure de l'intestin était fortement distendue, le bout inférieur était flasque et vide. Ce cordon devenait plus mince et plus dur en approchant de la paroi abdominale. Il fut ligaturé environ à 2 pouces de l'ombilic et à 1 pouce de l'intestin et la portion intermédiaire fut enlevée. Le bout inférieur était

perméable et sa surface de section nécessita une désinfection soigneuse. L'anse d'intestin étant ainsi libérée, les matières de la partie distendue filèrent aussitôt à travers la portion intérieure qui, tout à l'heure, était affaissée.

La plaie fut fermée et un pansement sec fut appliqué. Le malade devint de plus en plus faible et mourut 30 heures après.

Il était évident que l'obstruction avait été levée, car les vomissements cessèrent après l'opération.

AUTOPSIE. — L'Autopsie montra que le diverticule siégeait à environ 18 pouces de la valvule iléo-cœcale. Il n'y avait pas de péritonite généralisée, mais une petite quantité de sérosité gluante sur la portion d'intestin qui avait été manipulée.

L'obstruction avait été complètement levée.

Observation XI.

Empruntée à LYONNET et EYBERT, (*Province médicale*, 1891, n° 22)

P. Pierre, 23 ans, tailleur de pierre, entre le 13 janvier 1890 dans le service de M. H. Mollière.

Il a eu dans son enfance une maladie aigüe, sur laquelle il ne donne pas de détails précis; il aurait eu à la même époque une ophthalmie qui lui a fait perdre complètement l'œil droit. Il tousse tous les hivers, mais n'a pas eu d'autre maladie grave. Depuis une huitaine de jours, il se sentait un malaise général. Le 19 janvier, il est pris de coliques, de vomissements, le tout accompagné de constipation.

A son entrée, le malade se présente dans un état adynamique prononcé, le facies est grippé, un peu rouge, la langue légèrement grillée, l'abdomen est un peu tuméfié, la palpation n'est pas douloureuse, gargouillement dans la fosse iliaque droite. Pas d'ascite, pas de taches rosées, constipation absolue. Pas de céphalalgie.

Rien au cœur, rien aux poumons, sauf quelques râles fins à la base droite.

24 janvier, mêmes signes, le matin à la visite, Le soir, il n'y a toujours pas de selles, malgré des lavements répétés. T. 39°,3. Le météorisme a augmenté, rétention d'urine. Cathétérisme, pas d'albumine dans les urines.

25 janvier, quelques râles fins aux 2 bases. Temp. le matin 38°, le soir 38°4.

26 janvier, temp. 37°7. Le malade est dans le collapsus. Constipation absolue. Cataplasmes sur l'abdomen.

Mort le 26 dans la nuit.

AUTOPSIE. — Le 28 janvier, à l'ouverture de la cavité péritonéale, on voit une tuméfaction énorme de l'intestin grêle et un liquide séro-purulent, rougeâtre, dans la cavité abdominale. L'intestin grêle est, comme nous l'avons dit, énormément dilaté. Il est congestionné fortement, rougeâtre. On trouve à 30 centimètres environ, au-dessus de la valvule ileo-cæcale, un diverticulum en doigt de gant, de 6 à 7 cent. de long, adhérent par son extrémité en cul-de-sac à la paroi ombilicale.

La partie de l'intestin qui est située au-dessus de ce diverticule est énorme, rouge, friable; en plusieurs points, il s'est fait des perforations accidentelles; la partie qui est au-dessous, est au contraire pâle, diminuée de volume. A l'ouverture de l'intestin, odeur de putréfaction prononcée. On trouve au-dessus du diverticule, quelques ulcérations de la muqueuse où allaient certainement se faire des perforations. Les plaques de Peyer n'ont rien de spécial.

Observation XII.

Empruntée à BAYLE, (*Archives de Médecine et Pharmacie militaires*, 1894, T. 23).

Depuis le 31 août, c'est-à-dire depuis 9 jours, le caporal X. n'a pas eu de selle; il est tourmenté par des vomissements stercoraux et manifeste tous les symptômes d'un étranglement interne complet. Les accidents sont survenus brusquement, sans cause connue.

A son arrivée à l'hôpital de Nice, il présente au plus haut degré le facies abdominal; teint pâle et terreux, face grippée, nez pincé, orbites excavés. La peau est froide et visqueuse; le pouls est petit, 72 pulsations, température 36°5. Le ventre est ballonné, tendu; les anses intestinales se dessinent en relief sur toute l'étendue de la paroi abdominale. La pression ne détermine aucune douleur. Aucune trace de péritonite.

Le traitement médical est immédiatement institué: purgatifs, lavement gazeux au moyen d'une sonde œsophagienne qui, avec facilité, pénètre profondément dans le rectum; faradisation répétée.

Le 10 septembre, après une nuit très mauvaise, le traitement médical étant resté sans résultat, une opération est décidée. La laparotomie est pratiquée à 1 heure du soir.

Une incision, couche par couche, s'étendant de deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic à la symphyse pubienne, met à découvert un intestin grêle fortement dilaté, couleur lie de vin dans toute son étendue. En introduisant l'index et le médius dans la cavité abdominale, on découvre un cordon volumineux, bridant une anse intestinale et fixé par son extrémité supérieure au niveau de l'ombilic. Ce cordon, recourbé en arc, à concavité antérieure au-dessous du nombril, forme un anneau presque complet dans lequel est fortement étreinte l'anse étranglée. Cette anse est attirée au dehors. Elle a environ 40 cent. de long, est fortement distendue et remplie de liquide et de gaz ; en plusieurs points, elle présente des plaques sphacélées, amincies. Le cordon déterminant l'étranglement est aussi attiré et on peut constater qu'il s'agit d'un diverticule creux, de forme cylindro-conique à base inférieure, qu'il se continue à plein canal avec l'iléon, qu'il renferme des liquides et des gaz que par pression on peut facilement faire refluer dans l'intestin et inversement. Au-dessous de la portion étranglée, l'intestin grêle est rétracté ; au-dessus, il est distendu au point qu'on pourrait le confondre avec le côlon, si ce n'était l'absence de raphé fibreux.

Le diverticule est sectionné entre deux ligatures et l'étranglement est immédiatement levé. Le malade rend par le rectum quelques gaz.

La portion d'intestin étranglée présente des points de sphacèle trop nombreux pour qu'on puisse songer à la conserver, elle est réséquée après ligature du mésentère. Les bouts de l'intestin réséqué sont fixés à la plaie abdominale, ainsi que les extrémités du diverticule sectionné. Un gros drain en caoutchouc est placé dans l'abdomen et la plaie opératoire est en partie fermée par une suture au catgut, à 3 étages.

Peu de temps après l'opération, pratiquée pour ainsi dire in extremis, le malade succombait vers 5 heures de l'après-midi.

AUTOPSIE. — Après avoir coupé les points de suture de la paroi abdominale, nous nous assurons que la cause de l'étranglement a

été réellement supprimée par la section du diverticule ; que la cavité abdominale ne renferme aucun liquide.

L'intestin grêle est couleur lie de vin, dans toute son étendue. Cette teinte, surtout marquée dans sa portion supérieure est très accentuée sur une longueur de 40 cent. immédiatement en amont d'un point situé à 66 cent. du cœcum et où s'abouche le diverticule.

Cette portion d'intestin de 40 cent. de longueur (anse étranglée), présente sept plaques sphacèle.

En 3 points, la gangrène intéresse toute l'épaisseur de la paroi qui est perforée en un point. La portion d'intestin qui s'étend du cœcum au diverticule est rétractée. Au-dessus du diverticule, la dilatation de l'intestin est excessive ; son diamètre est de 6 à 7 cent.

Il n'y a pas de péritonite.

L'intestin ne renferme que des gaz et des liquides, mais en renferme dans toute son étendue.

Diverticule. — Le diverticule, cause de l'étranglement, naît à 66 cent. en amont de la valvule ileo-cœcale, sur la convexité de l'iléon opposée à l'insertion du mésentère, s'abouchant à plein canal avec l'intestin. Il est dirigé de bas en haut et légèrement de gauche à droite ; son axe forme avec celui de la portion supérieure du canal intestinal un angle de 80° environ. La longueur totale est de 10 cent. Cylindrique et présentant 33 mm. de diamètre à sa partie moyenne, il s'élargit en entonnoir à sa partie inférieure au point où il s'abouche avec l'intestin. Il se rétrécit pour se terminer en cul-de-sac à sa partie supérieure, qui adhère à la paroi abdominale au niveau de l'ombilic. Il est perméable dans toute son étendue.

La partie ascendante, située à droite et en arrière de l'ouraque, est libre en avant et reçoit à sa face postérieure une expansion mésentérique se détachant du mésentère de l'iléon, suivant une section verticale en Y renversé.

En disséquant le diverticule, nous constatons qu'il est formé des mêmes tuniques que l'intestin. La couche séreuse est en continuité avec celle de l'iléon. Au niveau du point où le diverticule s'abouche avec l'iléon, une partie des fibres musculaires longitudinales s'écarte pour se continuer en formant éventail, les unes avec les fibres de l'intestin, les autres avec les fibres longitudinales des portions de l'iléon situées en amont et en aval.

Les fibres circulaires les plus inférieures forment avec celles de l'iléon un étrier renversé. La face interne du diverticule présente des villosités très développées jusqu'à son extrémité, au fond du cul-de-sac.

Au niveau de la face postérieure du diverticule, existe un ganglion lymphatique gros comme une amande.

A l'examen microscopique, aucune différence entre la structure du diverticule et celle de l'intestin.

Observation XIII

NIMIER (*Archives de Médecine et Pharmacie militaires*, 1894, T. 23).

M. le médecin-major Roy, en 1875, a rapporté l'observation d'un soldat qui, pris au commencement de la nuit de coliques et de vomissements, était mort le lendemain avant 6 heures du matin. Chez cette homme, il existait un diverticule de l'intestin, qui, émané de l'iléon à 1 mètre de la valvule ileo-cœcale, se fixait à l'ombilic par un tractus fibreux de 3 cent. Sur ce diverticule, formant une bride fortement tendue, s'était renversé de gauche à droite un paquet d'intestin dont en même temps les anses avaient subi une torsion véritable, d'où pour elles une double cause d'occlusion. Aussi, sur les portions intestinales étranglées par leur propre poids et leur torsion, on voyait de véritables échy-moses et des traces de gangrène manifestes. Du reste, tout l'intestin grêle était rouge, lie de vin, enflammé.

Observation XIV.

Recueillie par A. CHASSEVENT, externe des hôpitaux (*Bulletin Soc. Anatomique*, juin, 1890, page 302).

Marie T..., 56 ans, entrée à la Salpêtrière, salle Rayer, lit 21, le jeudi 6 juin 1890 dans la soirée.

7 juin, le vendredi matin, elle se plaint de douleurs de tête, de manque d'appétit. Au cours de l'interrogation, elle accuse n'avoir pas été à la selle depuis plusieurs jours, la température était normale, le ventre non ballonné ni dur, la malade ne se

plaint pas de douleurs au ventre et la palpation ne relève rien d'anormal ; la langue est très peu chargée.

On ordonne une purgation, huile de ricin 30 gr. Cette purgation n'étant pas suivie d'effet, on administre dans la soirée 2 lavements qui sont rendus sans produire de selle abondante.

8 juin, le samedi matin, la malade est dans le même état, se plaint de céphalée, et d'un dégoût pour les aliments. Comme la purgation de la veille n'avait pas produit d'effet, on renouvella la tentative avec de l'eau-de-vie allemande qui est vomie, puis une nouvelle dose d'huile de ricin, additionnée de deux gouttes d'huile de croton est prescrite le soir (l'huile de ricin n'est pas vomie).

Pas d'élévation de température, quelques vomissements alimentaires accompagnés d'un peu de bile. On prescrit alors de la glace pilée, pour éviter le retour des vomissements.

9 juin, le dimanche matin, la malade se plaint beaucoup de la nuit ; elle n'a pu dormir.

La face est grippée, les traits sont tirés, la température s'abaisse à 36°,5 ; le ventre n'est pas ballonné ; le malade a eu samedi une selle peu abondante provoquée par un lavement purgatif administré dans la soirée.

On renouvelle une tentative de purgation, accompagnée de lavements purgatifs, mais sans succès. La température s'abaisse, le poulx devient filiforme et la malade succombe dans la soirée.

AUTOPSIE. — On a trouvé à l'autopsie un diverticulum de l'iléon situé à 1^m,20 au-dessus de la valvule iléo-cœcale. Ce diverticulum dirigé obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, mesurait 10 cent. de long sur 3 cent. de large ; il était compris dans un repli du mésentère contenant un vaisseau oblitéré. La largeur du repli est de 4 centimètres.

Le diverticulum se trouvait fixé par ce repli à la paroi abdominale antérieure à 4 cent. au-dessous, et à 1 cent. à droite de l'ombilic.

L'intestin renfermant très peu de matières jusqu'à ce diverticulum, était comme étranglé au-dessous, et ne contenait rien. Cependant lorsqu'on eut déroulé l'intestin, il devint perméable dans toute sa longueur.

Observation XV.

Empruntée à NIMIER, (*Arch. de Med. et de Pharm. milit.* 1894, n° 23).

H., souffrant depuis quelques jours d'angine, est envoyé d'urgence dans le service de M. le médecin principal Bresson, le 2 février 1893, à midi, pour diarrhée et vomissements.

A 3 heures, il présente un aspect cholériforme, facies grippé, yeux excavés, nez et langue froids, extrémités cyanosées et glacées. Le poulx est filiforme, les battements cardiaques tumultueux, la respiration très accélérée. Le malade vomit tout ce qu'il ingère, il n'a pas eu de selles depuis son entrée, il se plaint dans l'abdomen de douleurs, à droite de l'ombilic. On y sent une certaine résistance, un peu de submatité ; il n'y a pas de ballonnement, T. 37°2. Le malade a reçu une injection de caféine et 2 d'éther, plus une potion de Todd. On continue ce même mode de traitement en y ajoutant une injection de morphine, un lavement laxatif et l'on cherche à réchauffer le malade. Malgré tout, l'état général devient de plus en plus mauvais, les vomissements persistent plus fréquents, bilieux sans odeur fécaloïde.

Le malade est très agité, il a peur de s'endormir, craignant de ne plus se réveiller ; il meurt à 10 heures du soir.

AUTOPSIE. — Dans l'abdomen qui n'est pas ballonné, on trouve à peine quelques cuillerées d'un liquide citrin, clair, transparent sans traces d'exsudats fibrineux ; le grand épiploon est normal ; dans la fosse iliaque droite, se voit un paquet d'anses intestinales, dont les unes sont vides, aplaties, d'un rouge vineux et semblent disposées en éventail autour d'un point central, placé à peu près sur la ligne médiane ; dont les autres modérément distendues par des gaz et de couleur hortensia, recouvrent en partie les précédentes. Sur le centre de l'éventail formé par les anses aplaties, passe comme un pont, une bride tordue sur elle-même qui se fixe à la paroi abdominale par une extrémité arrondie en ampoule. Cette insertion de la grandeur d'une pièce de 2 francs, environ, et résistante, est située à droite et au-dessous de l'ombilic. L'autre extrémité de la bride s'insère sur la face convexe de l'intestin grêle à

1^m,10 de la valvule, et, au total, il s'agit d'un diverticule de 15 cent. de long, communiquant avec la cavité intestinale. Le paquet des anses étranglées mesure 1^m,50 environ ; elles sont d'une coloration rouge foncé, avec des îlots anémiés et déprimés correspondants aux points particulièrement comprimés ; par places, ce sont de véritables ecchymoses.

CHAPITRE IV

Pathologie spéciale du diverticule de Meckel

Mécanisme de l'étranglement

Les observations qui précèdent nous montrent la plupart des formes connues de l'étranglement par diverticules.

C'est surtout le diverticule iléal qui est le facteur principal de ces étranglements. On rencontre, en somme, rarement le diverticule ileo-ombilical. Augier ne l'a rencontré qu'une fois sur les six cas d'étranglement qu'il a observés.

DIVERTICULE ILÉAL. — Le diverticule iléal étrangle l'intestin par des mécanismes différents, suivant qu'il est adhérent ou libre.

1° Le diverticule iléal adhérent donne deux variétés d'étranglement.

Qu'il s'insère au mésentère ou à l'intestin lui-même, il forme un anneau complet qui est plus ou moins serré, suivant la longueur du diverticule. On comprend qu'une anse d'intestin, à la suite des mouvements variés de cet organe, puisse s'engager dans cet anneau, d'abord sur une petite longueur, puis dans une plus grande. Sous l'influence, soit d'un rétrécissement de l'anneau, soit de l'augmentation de volume de l'anse, il peut se produire une inflammation, analogue à celle qui a lieu au niveau du collet du sac, dans la hernie étranglée.

Ce mécanisme d'étranglement par engagement d'une anse dans un anneau déjà ancien est certainement plausible, lorsqu'il s'agit d'une petite anse.

Mais lorsque l'anse étranglée est longue, comme dans le cas que nous rapportons (Obs. I), il est difficile d'admettre que cette anse ait pu s'engager peu à peu. On peut dire alors avec Besnier (Thèse de Paris, 1860) que l'anneau s'est formé autour de l'anse, en se basant sur ce que c'est toujours une anse voisine du diverticule qui est étranglée. L'anse ainsi emprisonnée a pu continuer à fonctionner régulièrement, l'anneau n'étant pas serré, jusqu'au jour où une violence ou une cause autre, mal définie, amène un étranglement. Cet anneau peut être plus ou moins serré d'ailleurs, comme le montre l'observation VI, très intéressante à cet égard.

Le diverticule adhérent à la paroi abdominale étrangle l'intestin par un mécanisme analogue à celui que nous verrons décrit pour le diverticule iléo-ombilical.

2° Le diverticule libre peut amener des accidents de diverses façons :

a) Etranglement par *basculement* du diverticule. Ce dernier peut se remplir de matières fécales et basculer en bas, en faisant subir à l'intestin grêle un mouvement de torsion autour de son axe longitudinal (Augier). Dans ce cas, le calibre de l'intestin était totalement oblitéré, et il s'était produit une occlusion aiguë mortelle.

b) *Torsion* de l'intestin autour du pédicule du diverticule (Obs. IX).

c) Formation de nœuds que Parise a appelés *nœuds diverticulaires*, et qu'il a décrits dans son mémoire à l'Académie, 1851 ; les nœuds sont *simples* ou *doubles*.

Dans le *nœud simple*, le diverticule parti d'une anse d'intestin, contourne complètement le pédicule d'une autre anse, soit inférieure, soit supérieure à la première, puis son extrémité repasse entre l'anse d'origine et l'anse étranglée et se dilate.

L'étranglement est donc complet (cas de Gruber, rappelé par Augier).

Dans le *nœud double*, on trouve deux anses prises ; l'une est immédiatement inférieure, l'autre immédiatement supérieure à l'origine du diverticule (cas de Michel Lévy, *Gazette médicale* 1845, p. 129).

Ces deux cas étant uniques d'ailleurs, nous avons dû les emprunter au mémoire de Parise, pour pouvoir compléter le tableau du mécanisme de l'étranglement par diverticule libre.

DIVERTICULE ILÉO-OMBILICAL. — Les étranglements par diverticule iléo-ombilical se font par un mécanisme assez curieux.

1° Une anse intestinale peut se mettre à cheval sur le pont formé par le diverticule adhérent à l'ombilic, et s'étrangler elle-même, par son propre poids (Obs. XI, XIII, XV).

Elle peut aussi se mettre à cheval dans l'angle aigu formé par la rencontre du diverticule avec l'iléon (Obs. XII). Ici encore, l'occlusion reconnaît pour cause le poids de la masse intestinale, ainsi suspendue.

2° Un autre mode d'étranglement très intéressant, est réalisé dans l'observation X. L'iléon est suspendu à l'ombilic par un diverticule qui a produit une brusque *coudure* de l'intestin, à angle très aigu. L'étranglement s'est produit au niveau du sommet de l'angle et de l'insertion intestinale du diverticule.

Anatomie pathologique

Les lésions rencontrées sont celles de toutes les occlusions aiguës par brides.

Quelquefois, il n'y a rien sur le *péritoine* ; on ne trouve aucune trace d'inflammation ; à peine un peu de météorisme. (6 cas sur 15 observations).

D'autres fois, il existe des accidents péritonéaux, des *exsudats* fibrineux agglutinant les anses, un *ballonnement* excessif, de l'*épanchement*.

Cet épanchement se retrouve dans un tiers de nos cas. Le

liquide est tantôt citrin (Obs. VI et XV) ; tantôt louche (obs. I) ; le plus souvent séro-sanguinolent (Obs. III, VIII, XI). Il peut être plus ou moins abondant ; il s'écoule à flots à l'ouverture du ventre (Obs. VI), ou il en existe à peine quelques cuillerées (Obs. XV).

L'*intestin* présente une congestion intense dans le bout supérieur qui a une couleur rouge lie de vin, quelquefois noirâtre. Il peut être sphacélé et même perforé, surtout au voisinage du diverticule. Il est distendu au maximum par des liquides et par des gaz et souvent même, paralysé, par suite de cette extrême distension. Le bout inférieur est pâle, aplati ; son calibre est considérablement amoindri.

Le *diverticule* est très souvent sain. Cependant il peut présenter des lésions inflammatoires analogues à celles de l'intestin grêle. Il peut être fortement congestionné et même sphacélé. Rayer (*Arch. gén. de médecine*, t. V, p. 68) rapporte un cas où le diverticule seul, était enflammé et sphacélé.

Il peut être également perforé (Bernier, thèse. obs. X).

Etiologie

L'étranglement par diverticule est assez rare, en somme. D'après Fitz-Réginald, sur 100 occlusions, 6 seulement seraient dues au diverticule de Meckel (Testut, *Traité d'anatomie*).

Cette rareté s'explique facilement. Le diverticule iléal libre ne contient, en général, que des gaz et flotte librement dans la masse intestinale. Mais, sous l'influence d'un écart de régime, d'une indigestion, d'une constipation opiniâtre et de toutes les causes qui amènent des contractions péristaltiques plus intenses, le diverticule peut se remplir de matières fécales. La distension de ce diverticule amène sa paralysie, d'où séjour prolongé des matières dans sa cavité et engouement consécutif. Il se produit alors une inflammation exsudative ; les fausses membranes s'or-

ganisent et créent des adhérences entre le diverticule et les parties voisines. L'anneau est constitué.

On a noté comme causes déterminantes, des violences antérieures (Obs. I, VI). Dans le 1^{er} cas, l'individu était tombé à l'eau ; dans le 2^e cas, il avait fait un travail de gymnastique. Dans ces 2 cas, les symptômes graves, douleur vive continue et vomissements, ne se produisirent que le lendemain, ce qui indique que l'étranglement, pour ainsi dire latent, n'attendait qu'une occasion pour se produire. Mais le plus souvent, l'occlusion n'est précédée d'aucun symptôme prémonitoire ; elle éclate brusquement dans le cours d'une santé en apparence bonne ; pendant la nuit (Obs. IV), au réveil (Obs. II), en se levant (Obs. III) ; l'un avait bu de l'eau (Obs. X), l'autre mangé une orange (VII). L'observation XV nous montre une obstruction arrivant chez un homme soigné pour une angine. Quelquefois cependant on trouve des coliques antérieures (Obs. I, suite d'ingestion de cerises avec leurs noyaux).

La fréquence de l'étranglement par diverticule de Meckel est plus grande chez les adultes ; on la trouve assez rarement chez l'enfant, mais cependant plus souvent que ne le croyait Augier. Sur nos 15 cas, nous trouvons 3 enfants, dont 2 de 6 ans et un de 13 ans ; 10 hommes adultes de 19 à 33 ans, sur lesquels moitié comptaient environ 22 ans ; une seule femme, âgée de 56 ans.

Cette statistique, d'accord avec celles d'Augier, montre également que les hommes sont beaucoup plus exposés à ce genre d'accidents que les femmes, puisque sur 15 cas, nous n'avons pu noter qu'une femme.

Symptômes

Le début de cette forme d'occlusion est rarement précédé de prodromes.

Le malade présente brusquement tous les symptômes d'une occlusion intestinale aiguë : douleur vive, suivie de vomissements

qui prennent rapidement, dans le cas particulier, un caractère fécaloïde. Il y a arrêt absolu des matières fécales et des gaz. Le malade présente bientôt un facies abdominal grippé, un pouls misérable et il succombe aux suites de l'asphyxie et de la sidération nerveuse amenée par la striction sur les filets sympathiques de l'intestin.

Reprenons en détail chacun de ces symptômes.

DOULEUR. — La douleur présente une intensité très variable. Quelquefois très vive, angoissante, comparable à la déchirure d'un organe interne, elle peut être, au contraire, modérée, le malade se plaignant de coliques simples. Elle peut même être nulle (Obs. XIV). Au début, elle siège très souvent aux environs de l'étranglement ; dans presque toutes nos observations, nous la voyons, en effet, localisée à la fosse iliaque droite, d'autres fois, à la région ombilicale. Mais elle ne tarde pas à se généraliser et à s'irradier dans tout l'abdomen. Le ventre n'est cependant pas douloureux à la palpation ; chez presque tous les malades, il était possible, au début du moins, de palper et de percuter l'abdomen, sans que cette pression augmentât la douleur.

VOMISSEMENTS. — Ces vomissements d'abord muqueux, deviennent rapidement bilieux, noirâtres, puis fécaloïdes. Pour Cazin, cette rapidité d'invasion des vomissements fécaloïdes est propre à la variété d'étranglement par diverticule. Le malade ne peut rien garder de ce qu'il prend et le rejette aussitôt. Ces vomissements s'arrêtent, en général, aux approches de la mort.

CONSTIPATION. — La constipation est le signe caractéristique de toutes les occlusions par brides ou diverticules. Que le lien exerce sur l'intestin une striction suffisante pour empêcher le cours des matières, comme chez la plupart des malades cités, ou que l'étranglement soit peu serré comme dans l'observation VI, nous voyons cette constipation absolue s'établir rapidement.

Bien que précédée d'ordinaire par des vomissements, elle peut arriver quelquefois d'emblée et même, constituer le premier

symptôme de l'occlusion. Les observations II, X, XII et XIV, nous montrent que la maladie a débuté par une constipation opiniâtre, durant depuis 4 jours et même depuis 9 jours. On pourra peut-être invoquer l'âge du malade comme facteur important de cette constipation (Obs. XIV) ; mais nous la voyons aussi se produire chez un enfant de 6 ans d'une part, chez deux adultes d'autre part.

Cette constipation est absolue, dès que le bout inférieur de l'intestin a été vidé, soit naturellement, soit par des lavements ; il ne sort alors plus rien par l'anus, ni gaz ni matières.

BALLONNEMENT. — Ce ballonnement n'existe pas dès le début ; il n'apparaît que plus tard et peut même faire défaut complètement.

Localisé surtout à la région ombilicale qui fait alors saillie en avant, il ne tarde pas à se généraliser aux flancs. L'abdomen est alors météorisé : les anses de l'intestin, paralysées et distendues, se dessinent à sa surface.

Ce gonflement est assez considérable pour empêcher l'exploration tactile et changer les phénomènes de percussion. Il peut même, par ses grandes dimensions, gêner le jeu du diaphragme et causer une dyspnée intense. Nous ne l'avons d'ailleurs rencontré que dans la moitié des cas ci-dessus mentionnés.

PALPATION. — On peut reconnaître dans la région iliaque droite, une tuméfaction, un empatement ou une simple rénitence (Obs. II, III, IV). Mais le plus souvent, elle ne donne aucun renseignement ni sur la nature, ni sur le siège de l'obstacle.

La *percussion* donne, en général un son tympanique dans la partie supérieure de l'abdomen. A la partie inférieure, dans les fosses iliaques, on peut avoir, soit un son tympanique, soit de la submatité, soit même de la matité. Cette obscurité du son doit correspondre évidemment à l'épanchement signalé par Gangolphe de Lyon, et que nous avons retrouvé, en effet, dans presque la moitié de nos observations et qui, d'après lui, serait caractéristique de l'étranglement par bride.

La *température* est en général normale ; quelquefois il y a de l'hypothermie, la température descend au-dessous de 37°. Dans quelques cas cependant, cette température s'est élevée à 38° et même 39° ; il y avait alors de la péritonite.

Le *pouls* est faible et rapide, semblable en tous points, au pouls des occlusions aiguës.

Il existe encore quelques signes moins constants qu'on retrouve notés dans nos observations (Obs. II, III). Ce sont des envies fréquentes d'aller à la selle, du *ténésme anal* ; du *ténésme vésical*, avec envies fréquentes d'uriner, la vessie étant vide. On a cité aussi des *crampes* dans les membres inférieurs ; elles indiqueraient, lorsqu'elles sont très violentes, un étranglement serré.

Marche, durée, terminaison

La marche de cette forme d'occlusion est variable. Dans certains cas, heureusement rares, les phénomènes se déroulent avec une telle rapidité, que le malade est emporté en quelques heures : 10 heures (Obs. XV), 12 heures (obs. XIII),

Dans la majorité des cas cependant, le malade met plusieurs jours pour arriver à la période ultime. Sur 27 cas notés par Augier, dans lesquels il n'y a pas eu d'intervention chirurgicale, la moyenne de la durée de la maladie est de 6 jours. C'est aussi la moyenne de nos observations (Obs. IV, VII, XI, XIV).

Abandonné à lui-même, l'étranglement peut guérir seul ou du moins, on mentionne des malades ayant présenté des phénomènes d'étranglement et ayant guéri parfaitement. Hamilton cite le cas d'une jeune fille ayant eu les mêmes symptômes que le malade de l'observation IX et qui avait guéri en dix jours, sans intervention opératoire. Dans notre observation IV, la rupture partielle, observée à l'autopsie, sur la partie fibreuse du diverticule, montre peut être une tendance à la guérison spontanée. Mais, c'est là malheureusement, une exception. La mort est le plus souvent l'aboutissant fatal de l'étranglement. Elle arrive

tantôt à la suite d'une sidération nerveuse intense, provoquée par les douleurs et la réaction du sympathique abdominal ; tantôt à la suite d'une auto-intoxication produite par la résorption des produits septiques accumulés dans l'intestin, tantôt à la suite de l'ulcération et de la gangrène avec perforation de l'anse intestinale ou du diverticule lui-même qui provoquent une péritonite.

Diagnostic

Il faut avant tout porter le *diagnostic d'occlusion intestinale aiguë*. Ce n'est pas toujours chose facile, ni même possible de faire un départ précis entre la péritonite et l'occlusion aiguë.

En faveur de l'occlusion, on note cependant, l'absence de frisson initial, signalé par Henrot dans la péritonite ; la douleur plus vive, plus angoissante, moins superficielle que dans la péritonite ; des vomissements fécaloïdes plus précoces, une douleur moindre à la pression, du ballonnement moins fort, une constipation absolue, l'absence de température, la matité de la région sous-ombilicale.

Toutefois, c'est là un schéma de l'occlusion.

Dans la pratique, on peut fort bien ne pas rencontrer ces différents signes.

De la lecture de nos observations, il ressort, en effet, que le diagnostic précis d'occlusion intestinale n'a pas été toujours porté d'emblée. Dans les observations VI et XIV, ce diagnostic a été plus qu'hésitant ou n'a même pas été fait. Dans l'obs. VI, le malade avait gardé son appétit et réclamait à manger jusqu'au moment de l'opération. — Dans l'obs. XIV, chez une malade âgée, il est vrai, l'occlusion a évolué d'une façon fatale en trois jours, sans avoir provoqué d'autres symptômes que de la constipation, un peu de douleur dans le ventre et des vomissements non fécaloïdes.

Quoi qu'il en soit, une fois posé le diagnostic d'occlusion

intestinale aiguë, nous devons faire le diagnostic de la *cause* de l'occlusion. Là encore, nous nous heurtons à de nouvelles difficultés. L'occlusion peut avoir pour cause une invagination, un volvulus, un étranglement par brides.

L'invagination est plutôt l'apanage de l'enfance. Avant 4 ans, presque toutes les occlusions intestinales auraient pour cause l'invagination. On la caractérise en général facilement ; la palpation fait découvrir, en un point quelconque de l'abdomen, une tuméfaction ; — les selles ne sont pas supprimées ou du moins pas complètement, elles sont souvent diarrhéiques, sanguinolentes, couleur lavure de chair. Les vomissements fécaloïdes sont une exception. Enfin le toucher rectal peut quelquefois permettre de sentir l'extrémité inférieure du boudin invaginé. — Dans nos observations II, IX, où il s'agissait d'enfants de 6 ans, la précocité des vomissements et du ballonnement, la constipation absolue avaient permis de porter le diagnostic d'occlusion.

Le volvulus est plus difficile à dépister. — D'après Peyrot (Thèse, p. 144), il n'aurait jamais été reconnu sur le vivant.

L'invasion brusque des symptômes appartient surtout à l'étranglement, mais aussi au volvulus. Cependant lorsqu'on voit survenir, tout à coup, le tableau clinique de l'occlusion complète, surtout les vomissements fécaloïdes précoces ; quand, par la palpation ou le toucher rectal, on ne constate aucune tumeur, il y a beaucoup de présomptions pour qu'on soit en présence d'un étranglement.

Le diagnostic pourrait aussi se vérifier souvent, d'après E. von Wahl, de Dorpat et Gangolphe, de Lyon, par des symptômes spéciaux.

Pour E. von Wahl (*Centralblatt für Chirurgie*, 1889, n° 9), parmi les anses dessinées à la surface de l'abdomen, on en trouverait une qui serait distendue, *résistante, immobile*, privée de tout mouvement péristaltique et qui, par son volume, refoulerait le reste de l'intestin. Ce serait là un élément pré-

cieux de diagnostic. Les mêmes conclusions ont été reprises par Samson (*Petersb. med. Wochenschrift*, 1892, n° 6) qui formule ainsi le diagnostic de l'étranglement de l'iléon : *Immobilité* absolue de l'anse étranglée, distendue et *accolée* à la paroi abdominale ; absence de mouvements péristaltiques. Dans la plupart des cas, *asymétrie* abdominale et *résistance* localisée.

Nous n'avons pas pu juger de la valeur clinique de ce signe, ne l'ayant, ni rencontré chez notre malade, ni trouvé mentionné dans aucune des observations recueillies par nous. Cependant nous nous permettons de faire observer qu'il repose sur le ballonnement de l'abdomen, et que ce ballonnement est loin d'être constant. Il s'ensuit que ce symptôme, à supposer qu'il soit facile à rechercher, n'a pas toute la valeur clinique, à lui attribuée par E. von Wahl.

Gangolphe de Lyon a signalé un autre symptôme qui paraît plus important et qui a permis à son auteur de porter, dans un cas, un diagnostic précis : c'est la matité observée à la partie inférieure de l'abdomen. Cette matité serait due à un épanchement péritonéal liquide qui, lorsqu'il existerait en dehors de toute péritonite, serait pour Gangolphe, un signe pathognomonique de l'étranglement par bride. Nous avons trouvé, en effet, l'indication de cette matité dans nombre de nos observations. Malheureusement ce signe fait souvent défaut ; si sa présence est un bon élément de diagnostic, son absence ne signifie rien.

Bayle (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, 1894, n° 23) vient de mentionner un autre signe qui n'aurait de valeur que dans le cas où la bride ou le diverticule s'insérerait à l'ombilic.

D'après lui, on pourrait « arriver à reconnaître sa présence, à l'existence d'une dépression qui se produirait au niveau de l'insertion pariétale de la bride, lorsqu'on comprimerait d'avant en arrière la masse intestinale avec les deux mains appliquées à plat, ensemble ou l'une après l'autre, successivement, sur l'abdomen. Or une bride qui adhère à la paroi, a des chances d'être un

diverticule, surtout si l'adhérence a lieu au niveau de l'ombilic ». Il faudrait de plus que la bride soit courte, de 3 à 5 cent. environ, d'après les expériences faites, sur le cadavre, par Bayle.

Admettons cependant que, malgré ses difficultés, le diagnostic d'étranglement par bride ait été porté, pouvons-nous reconnaître si cette bride est un diverticule de Meckel ?

Augier, résumant en 1888 les opinions en vigueur, déclarait ce diagnostic impossible. Aujourd'hui, malgré les nouveaux faits dont s'est enrichie la clinique, nous croyons qu'il est impossible de préciser davantage.

Il ne manque pas d'observations dans lesquelles le chirurgien, après avoir pratiqué la laparotomie exploratrice et ouvert le ventre, n'a pas pu reconnaître la cause de l'étranglement. Cruveilhier (*Gazette des Hôpitaux*, 1872) eut sous les yeux un de ces diverticules qu'il prit pour une anse d'intestin grêle.

Ce diagnostic rencontre donc des difficultés presque insurmontables. Une seule chose pourrait venir en aide, c'est la coexistence, chez le malade, de vices de conformation dus à un arrêt de développement ou à des vices de régression : *utérus bicorne*, *atrésie* de l'anus, *exstrophie* de la vessie, *ectopie* testiculaire, *bec de lièvre*, *hernie*, etc. Cette coexistence, en effet, a été signalée par Meckel lui-même, par Otto, Dupuytren, etc., et rappelée par Augier (Thèse, Paris, 1888).

Le malade observé par nous, était porteur d'une hernie inguinale gauche ; mais ceci peut n'être qu'une simple coïncidence.

Au surplus, nous croyons qu'il est peu utile pour le malade de vouloir s'attarder à préciser un diagnostic le plus souvent impossible. Quel que soit le genre d'occlusion, que l'étranglement se fasse par une bride ou par un diverticule, la même indication s'impose impérieusement au praticien : il doit, à tout prix, rétablir le cours des matières et soustraire le malade à la résorption de ces produits septiques, qui viennent encore ajouter leur action déprimante à la sidération nerveuse déjà tant à redouter.

Il faut également déterminer non seulement l'agent de l'étranglement, mais aussi son *siège*. Le signe de Laugier sera précieux bien souvent, et permettra de localiser l'obstacle sur l'intestin grêle, si le gonflement est limité autour de l'ombilic.

Mais ce ballonnement est loin d'exister toujours, au moins dans la période du début de l'affection ; même, certains des malades rapportés par nous, ont toujours présenté un ventre souple et pas tendu.

De son côté, l'anse d'intestin grêle étranglée, est en général considérablement tuméfiée ; elle refoule le reste de l'intestin et modifie à elle seule la forme de l'abdomen ; elle peut même en imposer pour le gros intestin, nouvelle cause d'erreur sur le siège précis de l'étranglement.

On a aussi donné la précocité des vomissements comme signe d'un étranglement-siégeant très haut sur l'intestin grêle. Mais comme le diverticule se rencontre en général à la partie tout inférieure de l'iléon, cette précocité des vomissements indiquerait plutôt un étranglement serré.

Pronostic

Le pronostic est évidemment très grave, si l'on en excepte les quelques cas de guérison spontanée, cités par les auteurs. Ces cas d'ailleurs sont certainement sujets à caution ; les difficultés du diagnostic d'une part, le manque de contrôle direct d'autre part, doivent nous faire accepter ces cas, sous toutes réserves ; ils sont d'ailleurs extrêmement rares.

Si nous nous en reportons à nos observations, nous voyons que sur 14 malades suivis, 2 seulement ont guéri, grâce à une intervention active. On peut donc, sans hésitation, affirmer que cet étranglement, livré à lui-même, est presque constamment mortel, ce qui se conçoit sans peine, du reste. L'étranglement une fois produit, n'a aucune tendance à se lever spontanément. Il doit se terminer par la gangrène de l'anse ou celle du diverticule avec

péritonite ; à moins que l'auto-infection, jointe à la sidération nerveuse, n'emporte le malade. Nous allons examiner l'influence du traitement sur ce pronostic.

Traitement

Trois modes de traitement sont employés :

1° ABSTENTION PURE ET SIMPLE. — Nous avons vu plus haut ce qu'il fallait penser de ce système. Nos observations VII, XI, XIII, où le malade est mort le 1^{er} en 7 jours, le 2^e en 8 jours et le 3^e en 12 heures, suffisent pour le condamner.

2° TRAITEMENT MÉDICAL. — On a essayé divers traitements : les lavements d'eau, l'opium, l'électricité, les lavages d'estomac, les purgatifs, les lavements gazeux, la glace, se sont partagé la faveur des praticiens.

Purgatifs. — Le premier, et souvent le seul symptôme, étant l'arrêt complet des matières et des gaz, il peut sembler rationnel, au point de vue pratique, de donner un purgatif, pour rétablir le cours de ces matières.

On peut évidemment employer ce moyen tant que le diagnostic précis n'est pas établi. Mais il a toujours été inefficace ; même les malades ont vomi ce purgatif, comme ils vomissaient du reste tout ce qu'ils prenaient. Cette médication peut en outre être dangereuse, en augmentant encore la distension et les contractions de l'intestin et en favorisant la perforation. Acceptable à la rigueur quand le diagnostic n'est pas fait, elle doit être absolument proscrite, quand les symptômes d'occlusion aiguë sont nets.

Lavements. — Les lavements simples ou purgatifs n'ont pas non plus, d'action bien efficace. A la vérité, ils évacuent le bout inférieur de l'intestin grêle et le gros intestin. Mais là n'est pas le danger. Par contre, ils peuvent provoquer des mouvements péristaltiques assez forts, qui engagent encore plus profondément l'anse étranglée, ou même hâtent la perforation.

La glace sur le ventre, l'opium suivant la méthode de Moutard-Martin, sont de bons adjuvants pour calmer la douleur, les vomissements et pour ménager les forces du malade. Cependant l'opium a l'inconvénient d'atténuer les symptômes et d'apporter ainsi une fausse sécurité.

Les grandes injections rectales avec pression, les lavements gazeux ont pu donner des résultats ; mais ils sont infidèles, ils nécessitent dans leur application une certaine force et comme tels, ils sont dangereux.

L'électricité et le *lavage d'estomac* sont deux procédés thérapeutiques de réelle valeur et qui méritent d'être employés :

Électricité. — On pourra se servir comme Henrot de Reims, des *courants induits* en application recto-spinale ou mieux recto-abdominale ; ou bien, comme le fait Boudet, des *courants continus*, rendus inoffensifs pour la muqueuse rectale, au moyen d'un excitateur rectal liquide particulier (Duplay et Reclus, *Traité de Chirurgie*, article : occlusion intestinale, par Jala-guier). On se servira dans ce dernier cas, de courants compris entre 10 et 50 milliampères comme limites extrêmes, d'une durée de 5 à 20 minutes pour chaque séance.

Semmola de Naples, Guyon (*Semaine médicale*, 1888, page 150), Monod (*Congrès français de Chirurgie*, 8 avril 1893) recommandent chaudement le traitement électrique. Monod rapporte cinq cas de sa pratique où, en présence de symptômes d'occlusion intestinale aiguë, il a fait appliquer d'emblée le traitement électrique. Dans deux cas, l'électricité a suffi pour amener la guérison complète ; dans trois autres cas, elle a été impuissante à lever l'obstacle, il a fallu recourir à la laparotomie pour vaincre l'occlusion. Monod en conclut que le lavement électrique est un moyen précieux de diagnostic et que dans tous les cas où on soupçonne une occlusion, il faut d'abord s'assurer que l'obstacle existe, à l'aide du lavement électrique. Si ce lavement reste sans résultat, on sera autorisé à employer un traitement plus radical.

Lavage d'estomac. — Le lavage d'estomac n'a été employé que 2 fois dans nos observations et n'a pas semblé donner grands résultats.

C'est cependant un procédé recommandé par bien des praticiens.

Kœberlé (*Société de médecine, Strasbourg*, juillet 1875) le recommande pour combattre la distension de l'estomac, produite par l'accumulation des gaz et des liquides et compliquant les accidents péritonéaux survenus à la suite de l'ovariotomie.

Monsieur le professeur Gross (*Revue médicale de l'Est*, 1877, T. VIII, n° 12) rappelant les opinions de Kœberlé, cite le cas d'une femme opérée par lui, d'une hernie étranglée, ayant présenté des phénomènes péritonéaux, accompagnés d'une distension énorme de l'estomac et chez laquelle il a observé « une diminution certaine des accidents, à partir du moment où l'estomac a été vidé » par l'introduction d'une sonde œsophagienne.

Rousselot (Thèse de Nancy, mars 1876) insiste également sur l'utilité de ce procédé.

Plus récemment, Duret de Lille (*Congrès français de chirurgie*, 12 octobre 1889) le recommande de nouveau avant, pendant, et après l'opération. Avant l'opération, ce lavage, en évacuant le contenu stomacal, prévient les vomissements et favorise la chloroformisation. Pendant, il peut amener, à lui seul, l'affaissement des anses intestinales, faciliter l'exploration et diminuer la longueur de l'intervention. Après, il permet à la muqueuse stomacale qui macérait dans les liquides décomposés, de reprendre ses fonctions digestives.

Le bien-être éprouvé par le malade soustrait, d'une part à la résorption des liquides septiques ; d'autre part, à la gêne de la respiration et de l'hématose, due au ballonnement ; la possibilité pour lui de calmer sa soif et de prendre quelques aliments, à la suite de ce lavage, suffisent pour remonter son état général.

Mais ce procédé, d'une efficacité bien constatée contre le

ballonnement, n'a aucune action sur la cause même de l'étranglement.

Le traitement médical reste donc d'une impuissance bien constatée d'ailleurs par les chiffres. Chez 3 de nos malades, il a été employé seul (Obs. IV, XIV, XV) ; les 3 malades sont morts. Ces résultats sont loin d'encourager à de nouvelles tentatives. Aussi pouvons-nous considérer le traitement médical comme un simple adjuvant qu'on devra essayer d'abord, avant le diagnostic fait ; qui pourra même aider à ce diagnostic, mais qui réclamera à sa suite une intervention plus active, nous voulons parler du traitement chirurgical.

3° TRAITEMENT CHIRURGICAL. — Il se présente sous deux formes : l'*entérotomie* et la *laparotomie*.

A ne consulter que nos observations, les résultats ne seraient pas non plus en faveur d'une opération. Sur les 9 opérés cités plus haut, 2 seulement ont survécu. Nous pouvons remarquer que les 7 malades qui sont morts ont tous été opérés tardivement, du 3^e au 11^e jour. Il doit donc y avoir un moment de choix où l'intervention est indiquée. C'est ce que nous allons examiner.

Il est bien certain que la gravité de la situation tient à la durée des accidents, à l'intensité des phénomènes péritonéaux, à l'acuité des douleurs et au degré d'intoxication stercorale du sujet. Moins on se sera obstiné à lutter par les moyens médicaux, moins on aura laissé s'établir d'accidents péritonéaux et plus on aura de chances de sauver le malade par une opération heureuse.

Est-ce à dire qu'en présence d'un sujet chez lequel on soupçonne une occlusion aiguë, il faille d'emblée faire intervenir le bistouri ?

On peut affirmer hardiment que dans certains cas à marche suraiguë et presque foudroyante, il ne faut pas hésiter à proposer au malade une intervention chirurgicale qui, seule, peut le sauver. On objectera que, vu les difficultés du diagnostic, on

peut prendre pour une occlusion, une péritonite suraigue, par exemple. Mais ici, l'erreur ne serait guère préjudiciable au malade, ces deux affections étant également passibles d'une intervention opératoire.

Dans les cas ordinaires, à marche moins aiguë, il est permis de ne pas aller aussi vite. On se rappellera que la guérison spontanée est possible ; hâtons-nous d'ajouter qu'elle est peu probable. On pourra employer d'abord les moyens médicaux recommandés plus haut, la glace sur le ventre, les lavages d'estomac, mais surtout l'électricité. Ce n'est que quand ce dernier moyen aura été employé sans résultats, et aura fixé le diagnostic d'étranglement persistant, qu'on sera autorisé à intervenir. (Maunoury. *Congrès français de chirurgie*, VII, 1893.)

L'apparition des vomissements fécaloïdes peut être regardée comme le signe pathognomonique de l'étranglement : à ce moment, il sera tout indiqué d'intervenir.

Le choix de l'opération dépend de la période où se trouve le malade :

I. — Si on a à faire à un malade qui n'est pas épuisé, qui n'a pas d'accidents péritonéaux et en particulier, pas de ballonnement, la laparotomie est l'opération de choix. En admettant même qu'on ne soit pas absolument fixé sur le diagnostic, du moment que les résultats négatifs du lavement électrique et les vomissements fécaloïdes ont montré l'existence d'un obstacle, on ne doit pas hésiter à faire une *laparotomie exploratrice*. Cette opération, alors relativement bénigne (Monprofit d'Angers, *Congrès français de chirurgie*, 31 mars 1891 ; Roux de Genève), dont la mortalité est presque nulle, sans être cependant dépourvue de dangers (Gross, *Revue médicale de l'Est*, oct. 1894), permettra au chirurgien d'aller directement reconnaître la cause de l'étranglement. Elle lui permettra ensuite de détruire cette cause et de faire une *laparotomie curatrice* qui mettra le malade à l'abri d'une récurrence future et le soustraira aux ennuis d'une

entérotomie et d'un anus contre nature dont la guérison est souvent problématique.

Si on est appelé à intervenir tardivement, alors la laparotomie nous paraît contre-indiquée ; les chiffres ont ici leur éloquence : les 6 laparotomies tardives, citées dans nos observations, ont, toutes, été suivies de mort. Et en effet, nous avons à redouter l'action d'un choc opératoire intense, sur un sujet déjà épuisé. Nous avons à craindre également les manipulations compliquées que nécessite en particulier le ballonnement. Ce qui est dangereux, dans un abdomen météorisé, c'est la sortie en masse des anses distendues qui se précipitent au dehors, au moment de l'ouverture du ventre, gênent l'exploration et peuvent même la rendre impossible. Les différents moyens préconisés contre cette distension des intestins, lavage d'estomac, ponction capillaire, incision transversale de l'intestin avec suture consécutive, compresse suivant le procédé de Kümmell (*Deutsche med. Woch.*, 1886, n° 12), sont autant de traumatismes qui augmentent la durée du choc opératoire et aggravent les accidents péritonéaux.

Manuel opératoire de la laparotomie. — L'incision médiane, de l'ombilic à la symphise, sera suffisante dans la plupart des cas.

Si, à l'ouverture du péritoine, on n'aperçoit pas l'agent de l'étranglement, on le recherchera en faisant glisser l'intestin grêle entre les doigts, en remontant, depuis le cœcum.

Une fois le diverticule trouvé, on le sectionnera entre deux ligatures, en faisant la ligature inférieure à deux ou trois centimètres du point d'abouchement dans l'intestin. On nettoiera et on stérilisera soigneusement la surface de section. On traitera cette dernière comme une plaie de l'intestin en repliant en dedans les bords de la section et en adossant les surfaces péritonéales ; on fera ensuite une série de sutures séro-séreuses, suivant les procédés de Lembert ou de Czerny-Lembert.

II. — Si on voit le malade tardivement, qu'on trouve un sujet

épuisé, en proie aux accidents péritonéaux, les résultats d'une laparotomie ne sont pas douteux ; nos 6 opérés cités plus haut sont tous morts quelques heures après l'intervention. C'est alors que l'*entérotomie* nous semble indiquée.

Il est bien évident que cette entérotomie n'est guère qu'une opération palliative qui obvie à un seul symptôme, à l'arrêt des matières. Le diverticule n'en continuera pas moins à étrangler l'intestin, et ne tardera pas, la plupart du temps, à donner une péritonite par perforation, rapidement mortelle.

Mais, si la laparotomie eût été faite, elle aurait amené presque certainement une aggravation des accidents péritonéaux.

D'autre part, cette entérotomie, peu grave en elle-même, peut amener une sédation momentanée des accidents ; elle peut donner à l'anse étranglée et sphacélée, le temps de créer autour d'elle des adhérences inflammatoires qui l'empêcheront de se rompre dans le péritoine. La partie gangrénée s'éliminerait alors par le rectum. (Cas observé par Monod, rapporté par Maunoury, *Congrès français de chirurgie* 8 avril 1893.)

Enfin, il peut se faire qu'à la suite de l'établissement de l'anus contre-nature, l'état général du malade se relève, s'améliore et qu'on puisse encore tenter plus tard une opération curatrice qui aurait plus de chances de réussir. (Schede, *Sem. méd.*, 1887, p. 76.).

L'entérotomie sera pratiquée dans la fosse iliaque droite, suivant le manuel opératoire décrit par Nélaton.

CONCLUSIONS

1° On peut rencontrer sur la terminaison de l'intestin grêle de certains individus, un diverticule qui se révèle parfois pendant l'existence, par des phénomènes pathologiques graves.

2° Ce diverticule peut être le résultat d'un bourgeonnement anormal de l'intestin pendant la vie fœtale.

Plus généralement, il est un reste de la persistance du canal omphalo-mésentérique de l'embryon ; il porte alors le nom de *diverticule de Meckel*.

3° La structure de ce diverticule est identique à celle de l'intestin grêle.

4° Ce diverticule peut occasionner des étranglements internes dont le mécanisme varie, suivant que le diverticule est *iléal* ou *iléo-ombilical*.

5° Les symptômes de l'étranglement par diverticule sont ceux de toute occlusion aiguë. Une douleur localisée à la fosse iliaque droite, de la matité dans les parties inférieures de l'abdomen en l'absence de toute péritonite, ou une dépression ombilicale obtenue en déprimant l'abdomen avec les deux mains à plat (dans le cas où le diverticule serait court et adhérerait à l'ombilic), ou la coexistence d'une malformation congénitale, pourront faire soupçonner la présence d'un diverticule. Hors ces cas, le diagnostic est à peu près impossible.

6° Le traitement de choix est la laparotomie précoce, pratiquée dès l'apparition des vomissements fécaloïdes, après qu'on aura essayé l'action de l'électricité.

Le lavage d'estomac sera utile avant, pendant et après l'opération. On réséquera le diverticule entre deux ligatures.

L'entérotomie sera réservée aux cas où le ballonnement serait excessif, ou quand l'intervention sera trop éloignée du début des accidents, le malade étant déjà épuisé.

VU PAR LE PRÉSIDENT DE THÈSE :

Nancy, le 7 Décembre 1894,

GROSS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Nancy, le 8 Décembre 1894,

Le Recteur,

A. GASQUET.

BIBLIOGRAPHIE

- AUFFRET. Archives de médecine navale, 1875, XXIV.
- AUGIER. Contribution à l'étude du diverticule iléal ou diverticule de Meckel. Thèse de Paris 1888.
- BAYLE. Etranglement interne produit par un diverticule intestinal. Archives de médecine et de pharmacie militaires, 1894. T. 23.
- BESNIER. Thèse de Paris 1860.
- BOIFFIN de Nantes. Congrès français de chirurgie, 18 avril 1892.
- CAMICHEL. Séméiologie de l'occlusion intestinale par étranglement. Thèse de Lyon, 1893.
- CAZIN. Etude anatomique et pathologique sur les diverticules de l'intestin. Thèse de Paris, 1862.
- CHASSEVENT. Bulletin de la Société anatomique. Juin 1890, p. 302.
- CRUVEILHIER. Etranglement par un diverticule intestinal. Gazette des hôpitaux 1872.
- DURET. Congrès français de chirurgie, 12 octobre 1889.
- GANGOLPHE. Nouveau signe de l'occlusion intestinale par étranglement. Cong. franc de chir. Paris, 1893, T. VII.
- GIRODE. Bull. Soc. anat. Paris 1887, page 46.
- GROSS. Revue médicale de l'Est, 1887. T. VIII, n° 12.
- Id. Rev. méd. de l'Est, oct. 1894.
- GUYON, Semaine médicale 1888, p. 150.
- HAMILTON (Gibson). The Lancet, 1888, 6 octobre.
- HOEDEUS (Jul.). Eine Seltene Form von Ileus, etc. Berliner Klinische Wochenschrift, 1891, n° 21.
- JALAGUIER. Traité de chirurgie, Duplay et Reclus. — T. VI, article occlusion intestinale.
- KOEBERLÉ. Société de médecine de Strasbourg, juillet 1873.
- KIRMISSON. Semaine médicale, 14 nov. 1894.

- KÜSTNER. Archives de Virchow, 286, 69 S.
- LYONNET et EYBERT. Obstruction intestinale par diverticule adhérent à la paroi abdominale. Province médicale 1891, 22.
- MAUNOURY. Indications opératoires dans l'occlusion intestinale. Cong. franç. de chir. Paris 1893, VII.
- MICHEL LÉVY. Gazette médicale, 1845, p. 29.
- MONOD. Cong. franç. de chir. Paris, 8 avril 1893.
- MONPROFIT, d'Angers. Cong. franç. de chir. 31 mars 1891.
- ROSER. Archives de Langenbeck, 1876, page 475.
- ROSER. Berl. Klin. Woch, 1839, page 704.
- ROTH. Archives de Virchow. Tome 86, page 172.
- ROUSSELOT. Thèse de Nancy, mars 1876.
- ROUX. 8 cas d'occlusion aigüe, Revue médicale de la Suisse Romande. Genève, 1893 XIII, p. 475.
- SAMSON. Pétersbourg. méd. Wochensch, 1892, n° 6.
- SHEDE. Sem. médicale, 1887, p. 176.
- TESTÛT. Traité d'Anatomie humaine. Tome III, Fasc. 2. Paris, 1893.
- TIEDEMANN. Anatomie des Kopflosen Misgeburten, p. 66.
- TUFFIER et RICARD. Mort par étranglement dû à un diverticule. Bulletin soc. anat. Paris, 1881, T. 57, p. 326.
- VITI, de Sienne. Contribuzione allo studio dei vizi di conformazione per persistenza del Condotta onfalo-mesenterico, Sienne 1887.
- E. VON WAHL. Diagnostic des occlusions intestinales. Centralblatt f. Chirurg. 1889, n° 9.
- ZUMWINKEL. Archiv für Klinische chirurgie, 1890, n° 40, page 838.

